ЗНАНИЕ НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ факультет здоровья 4'84

П. З. Аржанцев, П. Б. Авиcов

К чему приводят заболевания органов полости рта



НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Факультет здоровья № 4, 1984 г.
Издается ежемесячно с 1964 г.

П. З. Аржанцев,
доктор медицинских наук,
лауреат Государственной премии СССР

П. Б. Авизов,
доцент, кандидат медицинских наук

К чему приводят заболевания органов полости рта

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»
Москва 1984

ББК 56.6
А81

Авторы: АРЖАНЦЕВ П. З., доктор медицинских наук,

АВИСОВ П. Б., кандидат медицинских наук

Рецензент: Рыбаков А. И., академик АМН СССР

Аржанцев П. З., Ависов П. Б.

А81 К чему приводят заболевания органов полости рта. — М.: Знание, 1984. — 96 с. — (Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 4).

15 к.

Брошюра посвящена диагностике, профилактике и лечению органов полости рта. В ней отражены основные данные, касающиеся заболеваний зубов, челюстей, слюнных желез, лимфоидной ткани ротовой полости. Обращено внимание на связь воспалительных заболеваний органов полости рта с другими болезнями.

Брошюра рассчитана на широкий круг читателей.

4119000000

ББК 56.6
617.5

Редактор Б. В. САМАРИН

Предисловие

Тема брошюры представляет большой практический интерес, так как ротовая полость участвует в дыхании, пищеварении и связана со вкусовой и речевой функциями. Кроме того, у здоровых людей ткани и органы полости рта осуществляют барьерную и защитную функции, противостоят проникновению в организм инфекции и возникновению разнообразных местных и общих заболеваний.

Большой опыт по организации и оказанию стоматологической помощи, накопленный в нашей стране, убедительно доказывает, что без внедрения методов профилактики заболеваний зубов невозможно в полной мере удовлетворить потребность населения в стоматологической помощи.

Подтверждением этому явились результаты внедрения комплексной системы профилактики заболеваний зубов и слизистой оболочки полости рта в Москве, Ленинграде, Киеве, Одессе, Риге и других городах. Исследованиями ученых установлено, что только путем активного санитарно-гигиенического воспитания различных групп населения, а также применения стоматологами наружных средств профилактики кариеса, таких, как фтор-лак, ремодент, фтористые пасты и другие, в значительной мере удалось снизить интенсивность заболеваний твердых тканей зубов. В настоящее время этой работе уделяется большое внимание.

Изданием настоящей брошюры авторы преследуют задачу ознакомить читателей с мерами предупреждения патологии, к которой могут привести различные воспалительные заболевания зубов, челюстей, слюнных желез, слизистой оболочки полости рта, языка и расположенных здесь скоплений лимфоидной ткани. Поэтому приводимые в брошюре рекомендации несомненно облегчат профилактику указанных заболеваний среди населения.

Академик АМН СССР профессор А. И. *Рыбаков*

Анатомия и физиология полости рта и ее органов

Ротовая полость с ее органами является важной анатомической областью человеческого тела, тесно связанной со всем организмом. Эта полость ограничена: спереди — губами; сзади — мягким нёбом и условной плоскостью, проведенной через задние небные дужки (здесь проходит граница между полостью рта и полостью глотки), сверху — твердым нёбом, отделяющим ее от полости носа; снизу — диафрагмой дна полости рта и мышцами языка; с боков — слизистой оболочкой щек (рис. 1).

Полость рта, в свою очередь, состоит из преддверья и собственно ротовой полости. При сомкнутых зубах названные полости сообщаются через межзубные промежутки и межчелюстные щели позади последних коренных зубов. Преддверье рта имеет свои границы: спереди — губы, сзади — покрытые десной альвеолярные отростки челюстей и зубы, с боков — щеки (рис. 2).

Сзади полость рта сообщается с полостью глотки через отверстие, называемое зевом. Зев ограничен: сверху — мягким нёбом, снизу — корнем языка, а с боков — передними и задними небными дужками. Между этими дужками имеются скопления лимфоидной ткани, которые называются небными миндалинами.

Костную основу ротовой полости составляют верхняя и нижняя челюсти, а также небные и подъязычная кости.

В состав верхней челюсти входят две сросшиеся верхнечелюстные кости — правая и левая. Каждая из них состоит из тела и четырех отростков: альвеолярного, небного, лобного и скулового. Тело как левой, так и правой верхнечелюстных костей содержит крупную воздухоносную пазуху — гайморову пещеру, которая сообщается с полостью носа.

На теле верхнечелюстной кости различают четыре поверхности: переднюю (лицевую), верхнюю (глазничную), внутреннюю (носовую) и заднюю. В нижней части передняя поверхность кости без четкой границы переходит в наружную поверхность альвеолярного отростка. На этом отростке имеются возвышения, соответствую-

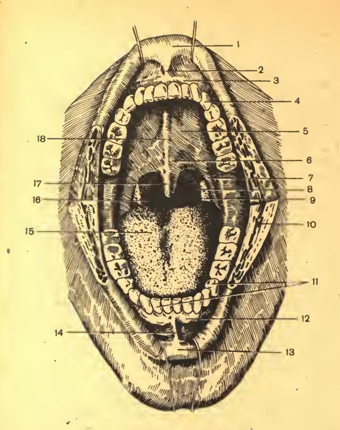
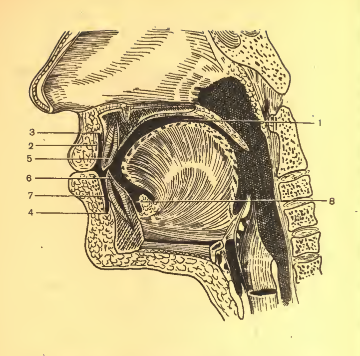


Рис. 1. Ротовая полость: 1 — верхняя губа; 2 — уздечка верхней губы; 3 — десна; 4 — верхняя зубная дуга; 5 — твердое нёбо; 6 — мягкое нёбо; 7 — передняя небная дужка; 8 — задняя небная дужка; 9 — небная миндалина; 10 — мышцы рта; 11 — нижняя зубная дуга; 12 — десна; 13 — нижняя губа; 14 — уздечка нижней губы; 15 — язык; 16 — зев; 17 — язычок; 18 — шов твердого нёба



Рнс. 2. Передне-заднний разрез преддверья н собственно полостн рта: 1 — собственно полость рта; 2 — передне-верхняя часть преддверья полостн рта; 3 — дно верхне-губной частн преддверья; 4 — дно ннжне-губной частн преддверья; 5 — коронка правого верхнего резца; 6 — коронка правого нижнего резца; 7 — передне-ннжняя часть преддверья полостн рта; 8 — дно полостн рта

щие корням находящихся здесь зубов. Верхняя поверхность тела образует нижнюю стенку глазницы.

Внутренняя поверхность верхней челюсти участвует в образовании боковой стенки полости носа, а небный отросток этой кости входит в состав твердого нёба. Задняя поверхность верхнечелюстной кости обращена в сторону подвисочной ямки и представляет собой бугор с небольшими отверстиями для прохождения через них сосудов и нервов.

Небная кость парная. Она состоит из двух пластинок: вертикальной и горизонтальной. Вертикальная пластинка совместно с внутренней стенкой верхней челюсти образует боковую стенку носа на своей стороне, а горизонтальные пластинки обеих небных костей совместно с небными отростками обеих верхнечелюстных костей образуют твердое нёбо. Последнее отделяет полость рта от полости носа.

Нижняя челюсть представляет собой большую цельную кость в виде подковы. В ней различают тело и две восходящие ветви. Каждая ветвь заканчивается двумя отростками — передним (венечным) и задним (суставным). На внутренней поверхности верхней части ветвей имеются нижнечелюстные отверстия, ведущие в нижнечелюстные каналы, через которые проходят нижнеальвеолярные сосуды и нервы. Последние выходят на наружную поверхность тела вблизи подбородка через подбородочные отверстия челюсти. Верхняя часть тела нижней челюсти содержит альвеолы (лунки) для нижнего ряда зубов, почему и называется альвеолярной.

Суставные отростки восходящих ветвей нижней челюсти располагаются в суставных ямках височных костей, образуя височно-челюстные суставы. Оба сустава функционируют синхронно. К венечным отросткам прикрепляются височные мышцы, при сокращении которых нижняя челюсть поднимается вверх. Жевательная функция челюстей обеспечивается группой жевательных мышц.

Подъязычная кость расположена между нижней челюстью и щитовидным хрящом гортани и вместе с телом нижней челюсти является костной основой для мышц дна ротовой полости. В подъязычной кости различают тело

и две пары отростков, называемых рогами. Большие рога направлены кзади, малые — вверх.

В ротовой полости или в тесной связи с ней находятся такие важные органы и анатомические образования, как зубы, язык, слюнные железы и слизистая оболочка рта с заключенными в ней и под ней железами и скоплениями лимфоидной ткани.

Зубы служат для откусывания, размельчения и перетирания пищи, участвуют в формировании речевых звуков и придают лицу нормальный внешний вид. Различают зубы молочные и постоянные: первых — 20, вторых — 32. Молочные зубы прорезываются в срок от шести месяцев до конца второго года жизни ребенка, а с шести до 14 лет происходит их смена на постоянные. Последний коренной зуб — зуб мудрости прорезается в возрасте от 17 до 30 лет.

Каждый зуб состоит из коронки, шейки и корня. Коронка выступает в полость рта, корень находится в лунке челюсти и фиксируется особой тканью — перицементом (периодонтом), а разграничивающая их шейка покрыта десной, под которой находится циркулярная (круговая) связка зуба. При помощи этой связки осуществляется дополнительная фиксация зуба к челюсти. Внутри каждой коронки имеется полость (полость коронки), которая сообщается с каналом корня. В полости коронки и канале корня находится пульпа — мягкое вещество, содержащее сосуды и нервы, входящие в канал через отверстие, находящееся на верхушке корня (рис. 3).

Каждый зуб состоит из особо плотного вещества — дентина, который не является костью. Он значительно плотнее и крепче ее. Коронка зуба покрыта еще более прочным веществом — эмалью, а корень — цементом. Питание цемента и стенок альвеол осуществляется надкостницей, называемой также периодонтом.

Зубы в зависимости от функции и местоположения имеют различные строение и величину и подразделяются на четыре группы: резцы, клыки, малые коренные (премоляры) и большие коренные (моляры).

На коронках зубов различают следующие поверхности: режущую (у резцов и клыков), жевательную (у премоляров и моляров), губную (а для задних зубов —

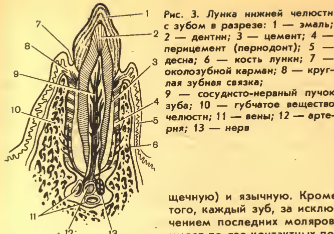


Рис. 3. Лунка нижней челюсти с зубом в разрезе: 1 — эмаль; 2 — дентин; 3 — цемент; 4 — перицемент (периодонт); 5 — десна; 6 — кость лунки; 7 — околозубной карман; 8 — круглая зубная связка; 9 — сосудисто-нервный пучок зуба; 10 — губчатое вещество челюсти; 11 — вены; 12 — артерия; 13 — нерв

щечную) и язычную. Кроме того, каждый зуб, за исключением последних моляров, имеет по две контактных поверхности, которые обращены к соседним зубам. Число корней различных зубов колеблется от одного до трех.

У большинства людей коронки зубов плотно прилегают друг к другу и лишь вблизи корней между ними имеются небольшие промежутки, которые обычно покрываются десневыми сосочками. Все зубы расположены в два ряда — верхний и нижний. В половине каждого ряда у взрослых людей, считая от срединной линии лица, зубы располагаются в такой последовательности: два резца, один клык, два премоляра и три моляра. Для каждого вида зубов присуща своя характерная форма коронок. У резцов она долотообразная, у клыков — копьевидная, у премоляров — в виде неправильной призмы и у моляров — приближается к цилиндрической.

Корни у большинства зубов примерно в два раза длиннее коронок. У резцов, клыков и большинства премоляров они одиночные. У первого верхнего премоляра в большинстве случаев имеется два корня. У верхних моляров их по три, а у нижних по два.

Молочные зубы в половине каждого ряда, начиная от середины, располагаются в такой последовательности: два резца, один клык и два моляра. По своей форме они аналогичны соответствующим постоянным зубам, а

по величине меньше их. Коронки молочных зубов имеют белый цвет с голубоватым оттенком.

В обработке поступающей в ротовую полость пищи кроме зубов принимает участие язык. Он является мышечным органом, покрытым слизистой оболочкой с лимфоидными образованиями и железами. Язык богато снабжен нервами и сосудами. Он выполняет самые разнообразные функции: участвует в проталкивании пищи, сосании, является органом речи, осязания, определения температуры и вкуса. Язык состоит из корня, тела и кончика. При закрытом рте он занимает почти всю ротовую полость.

Верхняя поверхность языка называется спинкой. Вдоль нее расположена борозда, под которой имеется тонкая фиброзная перегородка в виде пластинки из плотной серебристой ткани, разделяющая этот орган на две равные половины.

Слизистая оболочка нижней поверхности языка значительно нежнее и тоньше, чем верхней, и богата поверхностно расположенными тонкими кровеносными сосудами-капиллярами. Это обеспечивает быстрое всасывание помещаемых под язык некоторых лекарственных средств.

По средней линии от корня языка в сторону подбородка натянута тонкая складка слизистой оболочки, называемая уздечкой языка. С каждой стороны от уздечки имеется по небольшому возвышению, называемому подъязычным мясцом. Кнаружи и кзади от каждого подъязычного мясца имеются складки. На мясцах и этих складках открываются выводные протоки слюнных желез, о чем подробнее будет сказано ниже (рис. 4).

Уникальными анатомическими образованиями языка являются сосочки, покрывающие переднюю часть его спинки на две трети. Они не только выполняют разнообразные рецепторные функции, но и активно реагируют на различные местные и общие заболевания, о чем будет сообщено в соответствующих разделах брошюры.

У человека имеются шесть видов сосочков языка, наиболее важными из них в функциональном отношении являются: нитевидные, грибовидные, листовидные и желобовидные (рис. 5).

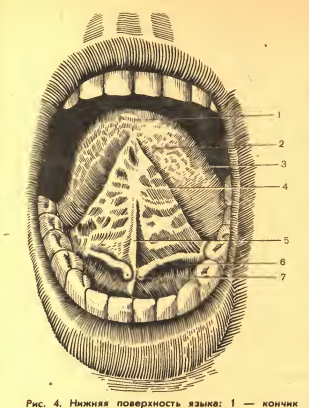
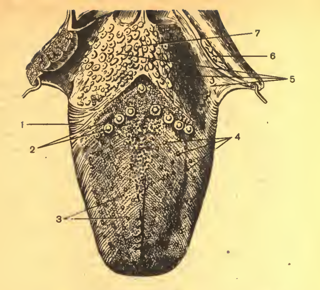


Рис. 4. Нижняя поверхность языка: 1 — кончик языка; 2 — нижняя поверхность языка; 3 — боковой край языка; 4 — бахромчатая складка; 5 — уздечка языка; 6 — подъязычная складка; 7 — подъязычное мясцо

Нитевидные сосочки обеспечивают осязание, а остальные определяют вкус пищи.

Самыми многочисленными и вместе с тем самыми мелкими (длиной около одного миллиметра) являются нитевидные сосочки. Они располагаются на всей поверхно-



Рнс. 5. Верхняя поверхность языка: 1 — листовидные сосочкн; 2 — желобовидные сосочкн; 3 — нитевидные сосочкн; 4 — грнбовндные сосочкн; 5 — язычная миндалина; 6 — небная мнндалнна; 7 — корень языка

сти спинки тела и кончика языка и у здоровых людей придают ему бархатистый вид.

Грибовидные сосочки менее многочисленны, находятся среди нитевидных, главным образом на кончике и по краям языка. Они имеют розовый цвет, благодаря чему хорошо видны на более светлом фоне других сосочков.

Листовидные сосочки размещены по краям заднего отдела тела языка и состоят из пяти — восьми вертикальных складок.

Желобовидные, или, как их еще называют, окруженные валиком, сосочки самые крупные, в количестве семи—двенадцати располагаются двумя линиями, сходя-

щимися к срединной борозде почти под прямым углом, открытым кпереди, замыкая сзади сосочковую зону языка.

В сосочках языка находится большое количество поверхностно расположенных нервных окончаний. Наиболее богаты ими желобовидные и грибовидные сосочки.

Кзади от сосочковой зоны на спинке корня языка расположены лимфатические фолликулы, образующие язычную миндалину. В языке тесно переплетаются пучки идущих в различных направлениях четырех скелетных, начинающихся на костях черепа, и четырех собственных мышц, чем обеспечивается исключительная подвижность этого органа.

В обработке пищи участвуют также слюнные железы, изливающие свой секрет (слюну) в полость рта. Существует большое количество мелких желез, расположенных в слизистой оболочке и в подслизистом слое различных отделов ротовой полости. Особенно много их в подслизистом слое губ и мягкого нёба. В полость рта открываются выводные протоки трех пар крупных слюнных желез: околоушных, подъязычных и подчелюстных.

По характеру выделяемого секрета все слюнные железы делят на три группы: белковые, слизистые и смешанные. К белковым относят: околоушные и мелкие эбнеровские железы, расположенные в области корня языка; к слизистым — железы твердого и мягкого нёба, корня языка и мелкие подъязычные; к смешанным — подчелюстные, подъязычные, а также щечные, язычные и губные железы.

По локализации устьев выводных протоков слюнные железы делят на две группы: железы преддверья и собственно ротовой полости. В преддверье рта открываются околоушные, щечные и губные железы, остальные — в собственно ротовую полость.

Мелкие слюнные железы выделяют свой секрет постоянно, крупные — при попадании в рот пищи, а иногда вследствие воздействия других раздражителей.

Слюна обладает свойством убивать некоторые бактерии. Постоянно увлажняя слизистую оболочку рта, она способствует внятности речи и питанию слизистой оболочки. С помощью слюны изо рта легче удаляются

инородные тела и быстрее заживают повреждения слизистой оболочки и наконец слюна выполняет свою главную функцию — пищеварительную. Так, фермент слюны птиалиназа расщепляет углеводы, имеющиеся в хлебе, картофеле, кашах и других продуктах до хорошо усваиваемой организмом глюкозы.

Самые большие слюнные железы — околоушные. Каждая такая железа имеет массу около 20—30 граммов. Она серовато-розового цвета, неправильной формы, дольчатая. Железа расположена в позадичелюстной ямке, захватывая также область кпереди и снизу от ушной раковины. В наиболее выступающей части железа лежит непосредственно под кожей щеки, окруженная лишь фасциальной капсулой и жировой клетчаткой.

Околоушная железа тесно примыкает к самым крупным сосудам шеи — внутренней сонной артерии и внутренней яремной вене. Через железу проходят мелкие сосуды и лучеобразно расходящиеся кпереди и вниз ветви лицевого нерва. Выводной проток околоушной железы проходит через щечную мышцу и открывается маленьким отверстием в слизистой преддверья полости рта на уровне верхнего второго большого коренного зуба.

Вторые по величине слюнные железы — подчелюстные. Каждая такая железа имеет массу 12—15 граммов. Она имеет форму уплощенно-яйцевидного тела и расположена между нижней челюстью и мышцами дна полости рта. Подчелюстная железа заключена в фиброзную капсулу. Ее выводной проток проходит вдоль внутренней поверхности, более поверхностно расположенной подъязычной железы, вперед и кверху и открывается небольшим отверстием на подъязычном мясце.

Наименьшие из названных трех пар больших слюнных желез — подъязычные, которые имеют удлиненную форму и массу около пяти граммов. Они располагаются непосредственно под слизистой оболочкой дна полости рта. Передним концом каждая из этих желез примыкает к внутренней поверхности тела нижней челюсти. Эта железа состоит из нескольких долек и имеет протоки: главный (выводится на подъязычном мясце) и несколько мелких (открываются на подъязычной складке).

Секрет, выделяемый указанными железами, способен обеззараживать слизистую оболочку полости рта, которая представляет собой сложно устроенное анатомо-физиологическое образование. Она играет большую роль в физиологии и патологии не только ротовой полости, но и всего человеческого организма. Ей присущ ряд особенностей, существенно отличающих ее от других слизистых оболочек человеческого организма. Наиболее важной из них является способность к быстрому заживлению ее ранений и ожогов, что обеспечивается обильным кровоснабжением тканей ротовой полости и антимикробным действием слюны.

Слизистая оболочка ротовой полости состоит из двух основных слоев: поверхностного, представляющего собой постоянно обновляющийся многослойный плоский эпителий, и более глубокого и плотного — соединительнотканного. Эти слои соединены между собой так называемой базальной (основной) мембраной, обеспечивающей им более интимную нервно-сосудистую связь. Глубже слизистой в ряде участков ротовой полости находится подслизистый слой, состоящий из рыхлой соединительной ткани. В различных местах ротовой полости ее слизистая имеет свои особенности строения.

Так, поверхностные клетки слизистой десен и твердого нёба, испытывающие наибольшие нагрузки, имеют признаки ороговения. Слизистая десен, межзубных сосочков и твердого нёба сращена непосредственно с надкостницей. Вокруг каждого зуба эта оболочка образует зубо-десневой карман — пространство между шейкой зуба и свободным краем десны. Нарушение целости и питания слизистой в области этих карманов, а также скопление в них остатков пищи часто приводят к развитию патологического процесса вокруг корней зубов.

Слизистая оболочка языка сращена непосредственно с межмышечной соединительной тканью, покрыта ороговевающими эпителиальными клетками и сосочками, о которых сообщалось выше.

В слизистой оболочке ротовой полости кроме множества мелких слюнных желез содержатся скопления лимфоидной ткани. Лимфоидная ткань — это особая защитная ткань, остов которой представляет собой объемную

соединительнотканную сетку, а ее функциональными элементами являются лимфоидные клетки и лимфоциты, представляющие собой разновидность белых кровяных шариков, способных вырабатывать антитела.

Скопления лимфоидной ткани имеются в самых разнообразных системах и органах человеческого организма. Особенно много их в лимфоузлах и различных отделах дыхательных путей и пищеварительного тракта. В стенках полости рта лимфоидная ткань развита очень хорошо, в виде мелких или более выраженных скоплений. Наиболее крупными из них являются язычная и небные миндалины.

Небные миндалины залегают в миндаликовых нишах между передними и задними небными дужками. Каждая из них представляет собой тело уплощенно-яйцевидной формы. Внутренние поверхности миндалин обращены в полость рта, а наружные лежат на рыхлой околоминдаликовой клетчатке, отделяющей их от мышц глотки и внутренних сонных артерий.

Размеры небных миндалин колеблются в значительных пределах — от небольших, когда они скрываются за передними небными дужками, до значительных, когда миндалины почти смыкаются между собой. Внутренние (свободные) поверхности миндалин неровные. На них имеются отверстия щелевидной формы, ведущие в слепые полости, называемые лакунами, или криптами. Эти поверхности миндалин и стенки крипт покрыты многослойным плоским эпителием. Здесь же открываются протоки многочисленных слизистых железок. Наружная поверхность миндалин покрыта пластинкой из плотной соединительной ткани. Иногда миндалины имеют хорошо развитые небные дольки, глубоко уходящие в мягкое нёбо, или добавочные внутринебные миндалины.

Небные миндалины кровоснабжаются и иннервируются. Кроме того, от них отходят лимфатические сосуды, связанные с ближайшими (околоушными и подчелюстными) лимфатическими узлами.

В миндалинах происходит обезвреживание инфекционно-токсических веществ. Другой их функцией является кроветворная — в миндалинах образуются лимфоциты, поступающие частично в лимфатические со-

суды, частично в полость рта и глотки. Лимфоциты, попадающие в ротовую полость, разрушаются, что сопровождается выделением ферментов, представляющих собой катализаторы белковой природы, во много раз ускоряющие химические процессы. Эти ферменты принимают участие в подготовке пищи к последующему перевариванию.

Язычная миндалина состоит из совокупности небольших мешочков на спинке корня языка, содержащих лимфатические фолликулы и покрытых соединительнотканной капсулой. Каждый такой мешочек сообщается как с полостью рта, так и со слизистой железкой. Язычная миндалина с ее мешочками, протоками и стенками железок покрыта многослойным плоским эпителием различной толщины.

Полость рта у человека является входными воротами для микроорганизмов, попадающих сюда с пищей, при дыхании. Во рту микробная флора задерживается и размножается. Этому способствуют влажная среда, оптимальные температурные условия, слабощелочная реакция слюны и некоторые другие особенности ротовой полости. Распределение микроорганизмов в разных местах ротовой полости неравномерно. Большинство бактерий находится в зубо-десневых карманах, складках слизистой и межзубных промежутках.

Но у большинства здоровых людей постоянно существует обычная, если можно так сказать, своя микрофлора, которая играет защитную роль, подавляя размножение попадающих в рот патогенных микроорганизмов. Таким образом, в целом флора полости рта относительно стабильна, однако подвергается некоторым изменениям в связи с возрастом и различными патологическими состояниями.

Другие особенности слизистой полости рта также подвержены естественным возрастным изменениям. Например, в период полового созревания активность железистого аппарата наибольшая. Возрастное же увядание его начинается после 60—70 лет.

Несомненно, знание анатомо-физиологических особенностей, полости рта у здорового человека облегчает понимание сущности развивающейся здесь патологии.

Необходимо только иметь в виду, что между патологией в слизистой оболочке полости рта и патологией в других органах и системах организма существует двусторонняя связь через нервную и кровеносную системы. Например, при нарушении функции органов пищеварения, а также при инфекционных и некоторых других заболеваниях замедляется отторжение эпителия нитевидных сосочков языка, а это приводит к изменению его цвета и влажности. Язык в таких случаях покрывается серым налетом, становится «обложенным».

Существует также связь между состоянием слизистой оболочки полости рта и состоянием кроветворной системы. Так, при анемиях часто развиваются стоматиты и глосситы, а изменения, выявляемые на различных участках слизистой рта, иногда позволяют предположить наличие начала того или иного заболевания кроветворных органов.

Эти примеры показывают, что изменения, происходящие в слизистой оболочке полости рта, не всегда являются признаками лишь местной патологии, но должны учитываться в общем комплексе симптомов при постановке диагноза в случаях самых разнообразных заболеваний человека. Более подробно о взаимной связи состояния органов полости рта с состоянием всего человеческого организма будет сообщено в следующих разделах настоящей брошюры.

Берегите зубы!

Зубо-челюстная система играет очень большую роль в здоровье человека. Больные зубы часто являются источником инфекции, откуда последняя по кровеносным и лимфатическим сосудам попадает в различные внутренние органы и нередко приводит к тяжелым заболеваниям всего организма. Отсутствие части зубов затрудняет акт жевания и обработки пищевого комка слюной, что нарушает процесс пищеварения и влечет за собой развитие заболеваний в нижерасположенных отделах желудочно-кишечного тракта. Кроме того, отсутствие части зубов нарушает речь и меняет внешний облик лица человека.

Сохранять зубы здоровыми на протяжении всей жизни важно и необходимо.

Тем не менее, вследствие недостаточной медицинской грамотности и несерьезного отношения к своему здоровью, многие не соблюдают необходимые профилактические мероприятия и тем самым способствуют развитию заболеваний зубов. Заболевшие же нередко обращаются за медицинской помощью с опозданием, когда заболевание зашло далеко и уже начали развиваться осложнения.

В последние годы заболевания зубов приняли весьма большие масштабы. Так, кариес зубов у нас в стране и за рубежом встречается у 80—90%, а такое серьезное и трудно поддающееся лечению заболевание, как пародонтоз, — у 40—50% населения.

Основными заболеваниями зубов являются: кариес, зубные отложения, пульпиты, периодонтиты и пародонтоз. Ниже приводятся краткие сведения, характеризующие эти болезни.

Кариес зубов (от латинского caries — гниение) — заболевание, проявляющееся в постепенном разрушении твердых тканей зуба (эмали и дентина) с образованием в нем полости различной формы и величины (рис. 6).

Возникает кариес в результате внутренних и внешних факторов. Среди них наибольшее значение имеют наследственность, заболевания систем организма, нарушение состава и свойств ротовой жидкости, действие на зубы молочной и яблочной кислот, а также патогенных бактерий. Молочная кислота образуется в результате происходящих в ротовой полости бродильных процессов, развивающихся на базе остатков пищи, содержащих углеводы, под влиянием бродильных грибков.

Образующаяся молочная кислота растворяет твердые ткани зуба, а микробы проникают в дентинные канальцы, разрушая их. На зубе появляется пятно, затем оно превращается в полость, которую не всегда легко обнаружить самому больному. Разрушение твердых тканей зуба чаще всего продолжается несколько месяцев.

Начинается это заболевание не в любом месте коронки зуба, а в ямках и бороздках на жевательной и сопри-

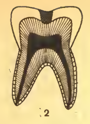




Рис. 6. Различные виды кариеса зуба по глубине поражения: 1 — поверхностный кариес; 2 — средний кариес; 3 — глубокий кариес

касающихся поверхностях зубов, а также в пришеечной части поверхности коронки. Кроме того, кариозный процесс раньше развивается там, где в эмали, вследствие небрежного отношения к зубам, образовались трещины. Кислота и микроорганизмы проникают в эти трещины, увеличивают зону разрушения эмали и проникают в менее прочную ткань — дентин. Образующаяся в таком случае в дентине полость оказывается под эмалевой «крышей».

В дальнейшем дентин разрушается главным образом под воздействием яблочной кислоты, которая образуется в результате происходящих в полости рта бродильных процессов.

Заболевание продолжается быстрее, когда в организме не хватает необходимых микроэлементов.

В дентине процесс распространяется как в глубину, так и в ширину. Во время жевания подрытая эмаль иногда проваливается, обнажая обширную полость.

Нарушение целости эмалевого покрова приводит к возникновению кратковременной боли в зубе при его контакте с горячим, холодным, кислым, сладким, соленым, при вдыхании холодного воздуха, а также при давлении на пораженную ткань этого зуба.

Кариес зуба классифицируют по локализации, обширности процесса, длительности и характеру течения заболевания. Острое течение более характерно для людей молодого возраста.

Кариозный процесс необратим; предоставленная собственному течению, кариозная полость прогрессирует и может привести к ряду серьезных осложнений. Наиболее частым из них является соединение кариозной полости с пульпой зуба, что приводит к пульпиту, о котором будет идти речь ниже. Другими осложнениями своевременно не леченного кариеса являются: периодонтит, периостит и остеомиелит челюсти, ревматизм, неспецифический ревматоидный полиартрит, гастрит, различные сердечно-сосудистые заболевания и даже сепсис.

Профилактика кариеса зубов основывается на выяснении этиологии (причины заболевания) и патогенеза (механизма его развития) и включает следующие основные мероприятия:

1. Повышение сопротивляемости организма к различным вредным воздействиям. С этой целью следует соблюдать здоровый режим труда и отдыха, обеспечивать достаточный, полноценный сон, заниматься спортом и прогулками на свежем воздухе, своевременно принимать полноценную пищу в оптимальных дозах и др.

2. В зависимости от содержания фтора в питьевой воде и в продуктах данной климато-географической зоны, врач назначает больному одну из трех разработанных Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии противокариозных диет. В каждой из них содержатся в необходимых соотношениях и количествах белки, жиры, углеводы, витамины и микроэлементы.

В последних особенно нуждаются твердые ткани зубов. Среди них на первое место следует поставить фосфаты, кальций и фтор.

При множественном кариесе в пищевой рацион добавляют морскую капусту, содержащую эти и другие микроэлементы, необходимые для восстановления твердых тканей зуба.

3. Гигиенический уход за зубами и полостью рта. Для этого нужно ежедневно, лучше перед сном, чистить зубы пастой, обладающей противокариозным действием. К таким пастам относятся: «Чебурашка», «Жемчуг«, «Ко-

линос», «Алена» и некоторые другие. Кроме того, после каждого приема пищи необходимо тщательно прополаскивать полость рта.

4. При жевании необходимо пользоваться равномерно всеми зубами.

5. Каждые шесть месяцев, особенно в дошкольном и школьном возрасте, необходимо проходить осмотр в стоматологическом кабинете, где при выявлении кариеса немедленно проводится соответствующее лечение с использованием местных средств профилактики кариеса — покрытием пораженной эмали фтор-лаком и ремодеитом.

Лечение кариеса зуба. Для предупреждения дальнейшего развития кариозного процесса, с помощью бормашины и ручных инструментов, при необходимости с использованием обезболивающих средств, удаляют пораженные части эмали и дентина. После этого образовавшуюся полость дезинфицируют спиртом и эфиром, высушивают и заполняют пломбировочным материалом. Пломбирование осуществляется с целью прекращения кариозного процесса и восстановления формы и функции больного зуба.

В зависимости от состояния зуба после первичной обработки кариозной полости, последнюю закрывают либо временной, либо постоянной пломбой. Временную пломбу накладывают тогда, когда результат лечения зуба нуждается в проверке. В таких случаях пломбу изготовляют из материала, который в любое время легко удалить. Когда врач убеждается в хорошем состоянии зуба, полость закрывается постоянной пломбой, изготовленной из плотных материалов. Постоянные пломбы могут быть цементными, пластмассовыми или металлическими.

После пломбировки зуба, чтобы пломба закрепилась, больному в течение двух часов не разрешают есть.

Следующим весьма распространенным видом зубной патологии являются **зубные отложения.** Они бывают различной окраски и плотности. Из них мягкие называют налетами, а твердые — камнями.

Мягкие зубные отложения, или налеты, возникают вследствие употребления мягкой пищи, разжевывания

пищи зубами одной стороны, негигиенического содержания полости рта. Эти налеты у большинства людей белого цвета и выявляются по утрам у десневого края шеек зубов.

Белый налет образуется ночью, когда во рту прекращается самоочищение зубов и создаются благоприятные условия для развития бактерий. В состав этого налета входят: пищевые остатки, слущившийся эпителий слизистой оболочки полости рта, слюнные тельца и разнообразная бактериальная флора. Белый налет является постоянным очагом инфекции, а пропитываясь слизью, служит основой для последующего образования из него зубного камня. Регулярная чистка зубов щеткой прополаскивание полости рта позволяют легко удалять эти отложения.

Твердые зубные отложения, или зубные камни, образуются из неудаленных мягких зубных отложений после их пропитывания минеральными солями. Последние составляют 71—78% состава этих отложений и включают фосфорнокислый кальций, углекислый кальций, а также соли железа, магния, кремния и некоторые другие. Эти слои осаждаются из слюны, вследствие чего наибольшее количество камней образуется вблизи выводных протоков слюнных желез. Поэтому в первую очередь зубные камни формируются на язычной поверхности нижних резцов и щечной поверхности верхних моляров.

Откладываются зубные камни на коронках зубов вблизи десен и под деснами, распространяясь иногда вплоть до верхушек корней зубов. Особенно это характерно для верхнего большого коренного зуба. Такое распространение зубного камня повреждает край десны, вызывает воспаление и рассасывание зубной альвеолы, разрушает межзубные перегородки, что приводит к расшатыванию зубов. В формировании поддесневых камней дополнительное участие принимает экссудат воспаленной десны.

Цвет зубных камней бывает различным — от светло-серого до темно-коричневого. Камни откладываются чаще у пожилых людей, реже у лиц более молодого возраста. Наличие на зубах камней обостряет течение многих заболеваний зубов, особенно воспаление десен (гингивитов) и пародонтоза.

Профилактика образования зубных камней та же, что и образования мягких зубных отложений. Зубные камни должны обязательно удаляться. Эту операцию должен выполнять только врач-стоматолог. Удаляют камни специальными инструментами с соблюдением всех правил асептики. После удаления зубных камней поверхности обработанных зубов шлифуют специальной щеткой, на которую наносят пасту из пемзы. В последнее время для удаления зубных отложений начали применять ультразвуковую аппаратуру. Очередное удаление зубных камней должно осуществляться через каждые шесть месяцев.

Среди других заболеваний зубов второе место по частоте занимает **пульпит.** Последний представляет собой воспаление расположенной внутри зуба мякоти — пульпы.

Наиболее частой причиной возникновения пульпита является запущенный кариес зуба, при котором может иметь место прямое проникновение инфекции через образовавшееся сообщение из кариозной полости в пульпу. Сюда она может проникать и через истонченную дентинную перегородку, отделяющую кариозную полость от пульповой камеры. Инфекция способна попадать в пульпу также через верхушечное отверстие корня зуба при наличии глубокого зубо-десневого кармана или при гайморите в случаях, когда корни верхних зубов проникают в гайморову пазуху.

Пульпит может возникать также вследствие воздействия на пульпу высоких температур, некоторых химических раздражителей (формалина, фенола, мышьяковистой кислоты), при переломе коронки зуба вблизи пульпы.

В инфицированной пульпе преобладают стафилококки из группы энтерококков, лактобациллы, стрептококки и пневмококки, реже выявляется грибковая и другая флора.

Пульпит может протекать в виде острого или хронического заболевания, поражая часть или всю пульпу. Кроме того, он бывает серозным, гнойным и гангренозным.

При остром пульпите нарушается внутрипульпарное

кровообращение, в пульпе развивается отек; нервные окончания раздражаются бактериальными токсинами, меняется среда в очаге воспаления. Поскольку для любого воспалительного процесса характерно увеличение объема воспаленной ткани, а пульпа находится в полости, объем которой стабилен, то первым признаком этого заболевания является внезапно возникающая боль. Последняя чаще всего появляется без всяких видимых причин и носит нестерпимый характер.

Сильной боли может не быть лишь в случаях, когда заболеванию пульпитом предшествовало образование сообщения между пульпарной и кариозной полостями.

Боль продолжается от нескольких минут до нескольких часов и усиливается ночью. Так же как внезапно появляется, она внезапно прекращается. Во время «светлых» промежутков, продолжающихся обычно по несколько часов, человек чувствует себя совершенно здоровым.

Для острого пульпита иногда характерно возникновение болевых приступов под влиянием различных температурных раздражителей, а при гнойной форме пульпита — и при перкуссии (постукивании) по больному зубу.

Без своевременного лечения, особенно в случаях образования сообщения между пульпарной и кариозной полостями, острый пульпит может перейти в хронический, который, предоставленный самостоятельному течению, способен продолжаться недели или месяцы.

Хронический пульпит протекает с болями после воздействия на больной зуб механического, термического или химического раздражителя, а также при изменении давления в пульпарной камере. Это наблюдается при самостоятельном отсасывании воздуха из больного зуба, вдыхании холодного воздуха, а также подъеме на большую высоту.

При наличии пульпита не всегда сразу удается найти больной зуб, что связано с отдачей болевых ощущений по ветвям тройничного нерва. Последний иннервирует все зубы обеих челюстей, кожу всего лица, глазницы, рот, нос и его придаточные пазухи. Именно этим объясняются случаи длительного (до двух лет) лечения «мигрени» у больных, страдавших недиагностированным хрони-

ческим пульпитом. Постановка правильного диагноза и излечение пульпита приводили к прекращению головных болей.

Для уточнения диагноза формы пульпита в стоматологических отделениях применяются специальные методы с использованием соответствующей аппаратуры. К таким методам относятся: 1) термодиагностика; 2) электродонтодиагностика и 3) рентгендиагностика.

Осложнениями пульпита бывают: 1) гангрена (омертвение) пульпы; 2) периодонтит (воспаление надкостницы зубного корня); 3) периостит и остеомиелит челюсти; 4) поражение миндалин, внутренних органов, суставов и всего организма в целом.

Профилактика пульпита осуществляется теми же средствами, что и профилактика кариеса.

Лечение пульпита преследует следующие задачи: 1) ликвидацию боли; 2) задержку дальнейшего прогрессирования воспалительного процесса; 3) предупреждение перехода воспалительного процесса на ткани пародонта; 4) восстановление анатомической формы и функции зуба.

Еще сравнительно недавно считали, что воспаленная пульпа должна обязательно погибнуть. С появлением антибиотиков советские ученые разработали так называемый биологический метод лечения пульпита, при котором сохраняется жизнедеятельность пульпы. Показания к применению этого метода, правда, весьма ограничены. Его применяют: 1) в случаях обработки свежих переломов зуба с вскрытием пульпы; 2) при своевременном обращении больного к стоматологу с частичным острым пульпитом. Лучшие результаты дает этот метод у детей и подростков.

Сущность метода заключается в введении на дно обработанной кариозной полости, сообщающейся с пульпой, смеси равных объемных частей порошкообразных одного из антибиотиков и одного из сульфаниламидных препаратов. После этого накладывают временную пломбу. Если возникает необходимость, манипуляцию повторяют через один-два дня, до трех раз. Когда боль исчезнет, полость закрывают постоянной пломбой. При неудаче переходят к лечению зуба с удалением пульпы.

Другим методом лечения пульпита является удале-

ние пульпы под анестезией. Этот метод позволяет все лечение зуба осуществить за одно посещение больного, что во многих случаях очень удобно. Кроме того, метод не требует предварительного умерщвления пульпы мышьяковистой пастой.

Суть указанного способа заключается в следующем. Производят проводниковую анестезию, обеспечивающую полную безболезненность манипуляций на больном зубе. После антисептической обработки операционного поля рассверливают кариозную полость и формируют ее под пломбу. Затем вскрывают полость зуба и удаляют коронковую часть пульпы. При наличии показаний, после предварительной диатермокоагуляции, удаляют корневую пульпу. Заканчивают операцию тщательной пломбировкой всего корневого канала вплоть до верхушечного отверстия и пломбировкой кариозной полости.

Наибольшее распространение в лечении пульпита получил метод, при котором после обнажения пульпы осуществляют ее некротизацию с помощью мышьяковистой пасты. Для уменьшения болевых ощущений в пасту включают кокаин, а для борьбы с инфекцией — тимол. В связи с крайней токсичностью мышьяка, пасту помещают в полость зуба не более чем на 24—48 часов. Затем производят полное или частичное удаление некротизированной пульпы. После частичного удаления пульпы оставшуюся ее часть подвергают воздействию антибиотиков. Последние препятствуют распространению инфекции на перицемент. После удаления омертвевшей пульпы зуб пломбируют.

Следующим довольно распространенным заболеванием зубочелюстной системы является **периодонтит**, или перицементит. Это заболевание представляет собой воспалительный процесс, возникающий в тканях, окружающих корень зуба. Периодонтит может быть инфекционного и неинфекционного происхождения. Чаще он возникает вследствие проникновения инфекции через корневой канал зуба, что иногда наблюдается при пульпитах, особенно в случаях запоздалого лечения. Несколько реже инфекция проникает с противоположной стороны зуба — через десневой край, например, при пародонтозе. Еще реже проникновение инфекции в

периодонт происходит контактным путем, например, при гайморите, остеомиелите челюсти и других воспалительных процессах в соседних органах и тканях.

Неинфекционные периодонтиты бывают травматическими и медикаментозными. Травматические периодонтиты возникают вследствие воздействия однократной сильной или многократно повторяющейся незначительной травмы зуба. Последний вариант может иметь место, например, при неудачном протезировании. Медикаментозные периодонтиты возникают под воздействием попадающих в периодонт сильнодействующих средств — фенола, формалина, мышьяковистой кислоты, пока еще применяемых для лечения пульпитов.

Локализация воспалительного процесса при периодонтите может быть различной: у верхушки корня, в области края десны. Патологический процесс бывает и разлитым, когда он охватывает весь периодонт.

Течение процесса тоже может быть разнообразным, острым, хроническим и хроническим в стадии обострения. В зависимости от характера экссудата острый периодонтит может быть серозным и гнойным. Хронический периодонтит подразделяют на фиброзный, гранулирующий и гранулематозный (рис. 7).

При фиброзном периодонтите в структуре воспаленного периодонта преобладает волокнистая соединительная ткань с очажками грануляционной ткани, состоящей из мелких сосудистых клубочков и клеток. Гранулирующий периодонтит характеризуется частичным рассасыванием периодонта и еще большим разрастанием грануляционной ткани, которая разрушает костные стенки альвеолы.

При гранулематозном периодонтите воспалительный процесс в периодонте в основном стабилизируется, но на верхушке корня зуба формируется окруженная фиброзной капсулой зубная гранулема. Диагноз всех трех форм хронического периодонтита ставится главным образом на основании рентгенологических данных.

Клиника острого периодонтита. Поскольку периодонт расположен в относительно замкнутом пространстве, то развивающийся в нем воспалительный процесс сопровождается быстрым накоплением экссудата, а это приво-

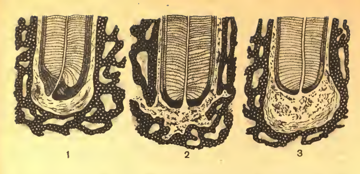


Рис. 7. Три формы хроиического периодонтита: 1 — фиброзная; 2 — гранулирующая; 3 — гнанулематозная (схема)

дит к внезапиому повышеиию в нем давлеиия. В результате иервные рецепты раздражаются и у больного возникает боль разной интенсивности в зоие больного зуба. Оиа может быть тупой, иоющей и даже рвущей. «Светлые» промежутки при этом отсутствуют. Боль усиливается при иакусываиии и давлении иа больной зуб. По мере нарастаиия воспалительного процесса нарастает и интеисивиость боли, причем последняя может распространяиться по ходу ветвей тройиичного нерва.

В случаях нарушеиия целости зубо-десневого кармаиа инфекция из ротовой полости проникает в периодонт. При таком пути развития острого периодонтита развиваются покрасиение и отечность десиевого края, иногда до переходной складки. При надавливании на десну инструментом с перемещением его от верхушки корня к коронке из-под десневого края выдавливается гной. Такой зуб часто бывает подвижным и болезненным при постукиваиии по его боковой поверхиости. Соотве с веино участку воспалеиия рентгенологически выявляется рассасываиие альвеолярного края челюсти.

При нарастании клиники острого периодонтита, что обычно имеет место, когда больной своевременно не обращается к врачу, значительно ухудшается общее состояние больного, температура тела повышается до

38—39°, увеличиваются и становятся болезненными подчелюстные лимфатические узлы. Затем возможно распространение инфекции в другие органы и развитие гнойно-резорбтивной лихорадки с переходом в сепсис.

В других случаях острый периодонтит переходит в длительно текущий **хронический периодонтит.**

Иногда последний развивается исподволь, без предшествующей клиники острого заболевания, являясь следствием нелечения пульпита или перенесенной в прошлом травмы зуба.

Хронические периодонтиты протекают без выраженных болевых ощущений. Последние выявляются во время еды или при надавливании на больной зуб. Слизистая оболочка прилегающих десен уплотнена и утолщена. У больных, страдающих гранулематозным периодонтитом, иногда возникает десневой свищ, из которого выделяется гной.

На рентгенограмме при фиброзном периодонтите выявляется расширение перицементальной щели; при гранулирующем периодонтите фиксируется очаг разрежения кости в зоне верхушки корня зуба, а контуры костной лунки представлены неровной, как бы изъеденной линией за счет воздействия на нее грануляций. При гранулематозном периодонтите у верхушки корня больного зуба выявляется очаг разрежения кости округлой формы, с четкими краями диаметром до пяти миллиметров.

Профилактика периодонтита включает нормальный образ жизни с исключением вредных привычек, бережное отношение к зубам во избежание их механических повреждений, ежедневное выполнение мер по поддержанию полости рта в хорошем санитарно-гигиеническом состоянии, а также своевременное обращение к врачу при любом начинающемся заболевании зубов и органов полости рта.

Лечение периодонтита. При остром и обострившемся хроническом периодонтите необходимо немедленно обратиться к врачу. Последний в таких случаях производит проводниковую анестезию и вскрывает очаг воспаления через пульпарную полость зуба. Это приводит к немедленному резкому уменьшению или прекращению боли и обеспечивает отток экссудату. Для удаления инфекции

из канала корня последний обрабатывают механическим или механоантисептическим методом. После удаления остатков омертвевшей пульпы из канала корня расширяют его верхушечное отверстие.

При распространении экссудата под надкостницу челюсти, о чем судят по наличию болезненной припухлости десны на уровне ее переходной складки, рассекают до кости мягкие ткани десны вместе с надкостницей в области упомянутой припухлости. После операции экссудат получает свободный отток, что сразу облегчает состояние больного.

Рану десны и пульпарную полость зуба промывают раствором пенициллина или другого антибиотика. Полость зуба врач обычно оставляет открытой и рекомендует больному закрывать ее ватным шариком только на время приема пищи. После еды полость рта необходимо тщательно прополаскивать каким-либо слабым антисептическим раствором, а вату после полоскания удалять.

В случаях сохранения у больного общей реакции на заболевание, сопровождающейся повышением температуры тела и болью, больному назначают анальгетики, антибактериальные препараты, а через сутки после производства операции — физиотерапевтические процедуры (УВЧ, электрофорез йодистых препаратов).

Обычно врач-стоматолог назначает больного к себе на прием еще несколько раз. В каждое посещение он промывает все инфицированные полости и каналы антибиотиками или антисептиками. В последнее посещение после ликвидации воспалительных явлений производит пломбировку зуба. В каналах, где едва проходима устьевая часть зуба, применяют пасты, включающие антисептики (йодоформ, ксероформ).

Лечение хронического периодонтита осуществляют с применением различных способов, в зависимости от характера процесса, давности заболевания и проходимости корневых каналов. Если корневые каналы удается пройти и расширить верхушечные отверстия, главная задача лечения заключается в удалении продуктов распада пульпы и в борьбе с бактериальной флорой в корневых каналах и периодонтальной полости. Завершается лече-

ние тщательной пломбировкой пульпарной полости на всем ее протяжении.

В случаях наличия непроходимых корневых каналов до пломбировки применяют многократное введение антибиотиков, физические методы лечения, электрофорез йода, серебрение корневых каналов, а в случаях их безуспешности используют хирургические методы. К последним относятся резекция верхушки корня с пломбировкой корневого канала жидким фосфатцементом со стороны верхушки корня, реплантация зубов и некоторые другие методы.

Одним из наиболее тяжелых и трудно поддающихся лечению заболеваний зубо-челюстной системы является **пародонтоз**, охватывающий (по данным ВОЗ от 1978 года) более 75% взрослого населения. Это заболевание представляет собой воспалительно-дистрофический процесс, развивающийся в пародонте, то есть во всех тканях, окружающих зуб. Напомним, что к этим тканям относятся: десна, периодонт, надкостница и кость зубных лунок, находящихся в альвеолярном отростке челюсти.

Сущность заболевания заключается в постепенном разрушении пародонта, развитии воспалительного процесса в деснах, прогрессирующем обнажении корней зубов. Все это приводит к постепенному расшатыванию, а иногда и выпадению здоровых на вид зубов. Пародонтоз течет многие годы.

Это заболевание вызывается многими причинами, оно полизтиологично. Обобщенно развитие пародонтоза можно представить себе в следующем виде. Ведущее значение в формировании пародонтоза принадлежит нервному и сосудистому факторам.

Под влиянием самых разнообразных причин (хронических стрессовых ситуаций, перенесенных инфекций или травм, а также местных воспалительных заболеваний в полости рта) в данной анатомической области образуются токсины, имеющие особое родство с нервной тканью (нейротоксины). Последние, воздействуя на кровеносные сосуды, ускоряют процесс их склерозирования, развивающийся также и за счет воздействия других причин (в частности, вследствие употребления в пищу

большого количества животных жиров, витаминной недостаточности и т. д.).

У таких больных пародонт снабжается кровью из артерий, просвет которых прогрессивно суживается. В результате ткани получают недостаточное количество крови, а это приводит к развитию местного кислородного голодания (гипоксии). Вследствие этого в пародонте гибнет часть клеток и нарушается обмен веществ, в нем накапливаются недоокисленные токсические вещества. Последние нарушают проницаемость сосудистой стенки, а это приводит к нарушению микроциркуляции между тканями и сосудами. Все это способствует развитию ацидоза, местного отека и рассасыванию костных луночек альвеолярных отростков.

В результате описанных изменений резко снижается сопротивляемость тканей к размножению бактерий и развитию патологического воспалительного процесса. Последний поражает десны, периодонт и пульпу зубов. У больных из зубо-десневых карманов начинает выделяться гной и кровь, особенно в ночное время, что при отсутствии лечения продолжается многие годы.

Развитию пародонтоза также способствуют: а) наличие различных серьезных общих заболеваний организма, например язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ишемической болезни сердца, различных эндокринных заболеваний; б) неравномерность нагрузки различных зубов во время приема пищи, что чаще всего бывает связано с отказом от своевременного протезирования после утраты части зубов; в) наличие в поддесневых пространствах большого количества зубных камней, нередко достигающих верхушек корней зубов; г) недостаточный, а нередко и неправильный уход за полостью рта, что способствует не только быстрому образованию зубных камней, но и прогрессивному развитию воспалительного процесса в зубо-десневых карманах и других местах полости рта; д) нездоровый образ жизни.

Первичные изменения при пародонтозе происходят в костной ткани альвеолярного отростка. Изменения же со стороны слизистой оболочки полости рта развиваются значительно позже.

Клиническая картина в начале заболевания практически отсутствует, болезнь развивается бессимптомно, а ее начало удается установить только рентгенологически, чаще всего на рентгенограммах, произведенных в связи с каким-либо другим заболеванием зубов.

Несколько позже появляются признаки заболевания десен. Наиболее типичными из них являются: их припухлость, отечность и кровоточивость; последняя усиливается во время чистки зубов и во сне, о чем свидетельствует появление кровянистых пятен на подушке. Слюна в начале заболевания становится клейкой, вязкой. В дальнейшем появляются неприятные ощущения жжения и зуда в зубах. Иногда у больного возникает в них боль при воздействии различных механических, физических и химических факторов, за счет обнажения весьма чувствительных шеек зубов.

Постепенно происходит углубление десневых карманов. Зубы покрываются мягкими зубными отложениями и зубным камнем, который глубоко уходит под десну вдоль корней. Корни зубов все больше и больше обнажаются, промежутки между зубами увеличиваются, а сами зубы смещаются и приобретают уродливое расположение. Такое состояние развивается вследствие повышенной боковой нагрузки на зубы во время откусывания и разжевывания пищи.

В этот период развития болезни появляется неприятный запах изо рта и под деснами накапливается серозно-гнойное, а затем чисто гнойное отделяемое, которое легко определяется даже при небольшом надавливании на десны. У других больных экссудат кровянисто-гнойный. К этому времени зубы становятся уже значительно подвижными, они окружены глубокими патологическими зубо-десневыми карманами, которые могут достигать верхушек корней. Корни зубов при этом, как правило, находятся в лунках только наполовину своей длины.

Десны становятся резко отечными, с валикообразными краями, синюшными. Иногда возникают поддесневые абсцессы. Слюна становится жидкой и выделяется в большом количестве. Разжевывание пищи болезненно. Общее состояние больного постепенно ухудшается, появляются головные боли, упадок сил, раздражительность.

Если больного не подвергнуть вначале или хотя бы в разгар заболевания комплексному серьезному лечению, то процесс, предоставленный самому себе, заканчивается полным рассасыванием лунок альвеолярного отростка челюсти с утратой всех зубов. Больные при этом нередко сами себе удаляют, а иногда просто вынимают зубы.

Пародонтоз является не только местным, но и общим заболеванием. Ротовая полость при этой болезни часто является источником инфекции, распространяющейся по всему организму.

В связи со сказанным, у этой группы больных нередко наблюдается развитие тяжелых осложнений, поражающих жизненно важные органы: сердце, суставы, почки и др.

Кроме того, не возмещенная протезированием потеря значительной части или всех зубов приводит к тяжелым заболеваниям желудочно-кишечного тракта. У таких больных могут развиваться: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастриты, энтериты, колиты, дискенезии кишечника, заболевания печени и поджелудочной железы.

Рентгенологически в течении пародонтоза различают четыре степени: при первой — альвеолы рассасываются на $^1/_3$ своей высоты; при второй — на $^1/_2$ высоты; при третьей — на $^2/_3$ высоты и при четвертой — происходит полное рассасывание альвеол. К этому времени, если часть зубов еще и сохраняется, то они сильно шатаются и удерживаются лишь мягкими тканями.

Профилактика пародонтоза включает обязательное осуществление следующих мероприятий:

1. Регулярное, при необходимости через каждые шесть месяцев, тщательное удаление зубных отложений, как основного источника инфекции в полости рта. Эту операцию, после предварительного обезболивания, производит врач-стоматолог.

2. Устранение постоянной травмы пародонта, наносимой неудачно изготовленными пломбами и протезами. Последние подлежат обязательной замене.

3. При высоком прикреплении уздечки нижней и низком — верхней губы, а также при наличии в полости

рта грубых рубцов — производство соответствующих пластических операций.

4. Устранение причин, приводящих во время жевания к неравномерной нагрузке на разные зубы.

5. Прекращение вредных привычек (курения, употребления алкоголя) и устранение профессиональных вредностей.

6. Тренировка сосудов челюстно-лицевой области и улучшение кровообращения в тканях пародонта, что достигается выполнением комплекса специальных гимнастических упражнений для мимических и жевательных мышц, мышц языка, а также пальцевым массажем альвеолярных отростков челюстей.

7. Ежедневное выполнение индивидуальных гигиенических мер по уходу за полостью рта: чистка зубов специальными лечебно-профилактическими пастами утром и перед сном и тщательное прополаскивание рта после каждого приема пищи зубными эликсирами или теплой водой.

8. Рациональное питание. Эта проблема должна разумно решаться, начиная с хорошо продуманного питания беременной женщины, отчего зависит состояние зубо-челюстной системы развивающегося плода.

При выявлении начальных признаков пародонтоза необходимо ограничить употребление жиров и углеводов и повысить в суточном рационе содержание полноценных белков, витаминов, микроэлементов, а также свежих фруктов и овощей.

9. Проведение мероприятий по профилактике преждевременного развития атеросклероза под контролем лечащего врача-терапевта.

Лечение пародонтоза требует очень серьезного, педантичного отношения как со стороны врача, так и больного и может обеспечить хороший результат в основном при заболевании первой или второй степени. Кроме того, лечение пародонтоза должно быть строго патогенетическим, комплексным, индивидуальным и систематическим, проводимым до полной остановки патологического процесса в пародонте.

Принцип патогенетического лечения реализуется как применением медикаментозных средств, оказывающих

влияние на кровообращение, более высокую кислородную обеспеченность пародонта, нормализацию местного обмена веществ, повышение отложения кальция на костной матрице, противовоспалительное и противоотечное воздействие (тирокальцитонин, рибонуклеаза, анаболические гормоны, препараты фтора, гепарин, ферроцирон, инсадол, продигиозан, вадурил), а также проведением некоторых обязательных местных вмешательств на тканях пародонта.

Комплексность лечения включает проведение местных и общих терапевтических, местных хирургических и ортопедических мероприятий.

Местные вмешательства при пародонтозе осуществляют в такой последовательности:

1. Санируют ротовую полость, включая удаление корней зубов, а также зубов, не подлежащих лечению и сильно шатающихся, вылечивают зубы, которые поддаются терапевтическому воздействию, и удаляют все зубные отложения.

2. Ликвидируют глубокие патологические зубо-десневые карманы.

3. Возмещают недостающие зубы протезированием.

4. Применяют физические методы лечения, направленные на предупреждение обострения пародонтоза.

Начинается лечение пародонтоза с тщательного снятия всех наддесневых и поддесневых отложений после осуществления эффективного обезболивания. При выполнении этой операции специальными инструментами производят выскабливание (кюретаж) не только зубного камня, но и грануляций, а также разросшегося вдоль корней зубов патологического эпителия. При наличии глубоких патологических зубо-десневых карманов иногда приходится отслаивать слизисто-надкостничный лоскут с целью более радикальной обработки участков измененной кости. Заканчивается эта операция укладыванием лоскута на место и его фиксацией швами.

После кюретажа в зубо-десневых карманах собирается кровь, которую не следует удалять, в том числе и полосканием рта. Эта кровь свертывается, организуется и может служить базой для образования рубца, связывающего десну с корнем зуба. Облегчению процесса

сращения десны с корнем зуба служат и другие методы местного и общего лечебного воздействия.

К методам местного воздействия относятся:

1. Последовательная обработка патологических зубо-десневых карманов антисептическими растворами и ферментами, которые растворяют оставшиеся некротические массы. После этого в зубо-десневые карманы под давлением из шприца вводят растительные или синтетические вещества в виде растворов или паст.

2. Для улучшения кровоснабжения тканей пародонта эффективно ежедневное применение вакуумной терапии, например с помощью аппарата В. И. Кулиженко с набором стеклянных вакуумных трубок. Конец одной из трубок, подсоединенной к шлангу аппарата, последовательно на 30—50 секунд прижимается к различным участкам десны, после чего включается аппарат, в котором возникает давление намного ниже атмосферного. Десна втягивается в трубку, и при этом происходит разрыв капилляров и прекапилляров тканей, пораженных патологическим процессом. В дальнейшем это приводит к расширению уцелевших сосудов, нормализации их проницаемости и усилению регенеративных процессов в пародонте.

3. Аппликации с облепиховым маслом или маслом шиповника на десны в течение 10—15 минут, два-три раза в неделю, до клинического выздоровления.

4. После тщательного прополаскивания полости рта любым слабым антисептическим раствором осуществляют энергичное полоскание полости рта в течение 10 минут одним глотком раствора масла облепихи или шиповника в каком-либо растительном масле в соотношении 1:10, в течение 7—10 дней. Такой курс повторяют каждый месяц до клинического выздоровления.

5. Пчелиный клей — прополис растворяют в растительном масле в соотношении 1:10 и этим раствором тщательно прополаскивают рот так же, как это описано в предыдущем пункте. Для этой же цели может использоваться аэрозольный препарат прополиса — «Пропосол». Аэрозолем орошают десневые карманы и воспаленные десны.

6. Ежедневно, после каждого приема пищи и на ночь,

предварительно прополоскав рот, необходимо в течение 3—4 минут осуществлять самомассаж альвеолярных отростков челюстей с втиранием при этом одной из витаминизированных лечебно-профилактических зубных паст.

7. Эффективным методом борьбы с тканевой гипоксией в пародонте является местная внутритканевая оксигенотерапия. Кислород вводят инъекционным методом под слизистую оболочку альвеолярного отростка, в каждую точку по нескольку кубических миллиметров. Лечение проводят в течение 12—15 дней. Повышения оксигенации пародонта удается достичь также внутритканевым введением лекарственных веществ, способных отщеплять кислород. К таким препаратам относятся: рибонуклеаза, гепарин, аскорбиновая кислота и некоторые другие.

8. Значительно улучшает кровоснабжение в тканях пародонта гидромассаж десен. Последний осуществляется с помощью специального наконечника. Орошение проводят в течение пяти минут углекислой минеральной водой или водопроводной водой, поступающей под давлением. Эта процедура показана и перед введением лекарственных веществ в патологически измененные зубо-десневые карманы.

9. Для улучшения местного кровообращения, кроме гидромассажа, могут применяться также различные физиотерапевтические процедуры — дарсонвализация десен, УВЧ-терапия, электрофорез и фонофорез витаминов и других лекарственных средств.

10. При наличии не подлежащих удалению слегка подвижных зубов последние целесообразно закрепить постоянным протезом вместе с ближайшими устойчивыми зубами.

К методам общего воздействия на организм при лечении пародонтоза относятся: общеукрепляющая, противовоспалительная и десенсибилизирующая терапия, а также стимуляция реактивности организма.

Общеукрепляющая терапия реализуется применением поливитаминных препаратов — ундевита, декамевита, гендевита по одному драже три раза в день в течение месяца. Врачи проводят при пародонтозе курс внутримышечных инъекций раздельными введениями в орга-

низм витаминов С, Е и В-комплекса (B_1, B_2, B_6, B_{12} и B_{15}). Каждый витамин вводят, чередуя по дням или ежедневно по два-три витамина.

При кровоточивости десен назначают аскорутин по одной таблетке три раза в день и витамин А по 15—20 капель два раза в день. Для стимуляции остеогенеза (восстановления костной ткани) назначают витамин D по одному драже в день.

К общеукрепляющим средствам относятся также санаторно-курортное лечение, занятия спортом, прогулки, походы.

Противовоспалительная терапия включает при необходимости применение антибиотиков широкого спектра действия: полусинтетические пенициллины (ампациллин, оксациллин, метициллин), олететрин, линкомицин, олеандомицин, эритромицин, рондомицин. Курс лечения антибиотиками и его продолжительность назначает врач.

Повышенная сенсибилизация организма, развивающаяся при пародонтозе за счет наличия очагов хронической инфекции, требует проведения десенсибилизирующей терапии. С этой целью больным назначают курс лечения антигистаминными препаратами (димедролом, супрастином, дипразином), а также 10%-ным раствором хлористого кальция. Лечение проводят курсами по две недели с месячными перерывами.

Стимуляция реактивности организма достигается назначением биогенных стимуляторов (экстракта из листьев алоэ, пелоидина ФиБС), аутогемотерапии.

Когда болезни зубов приводят к заболеваниям челюстей

Своевременно не леченные воспалительные заболевания зубов могут приводить к переходу инфекции на челюсти. Больные зубы являются наиболее типичным источником инфицирования челюстей. Реже болезнетворные микроорганизмы проникают в челюсти из ран, например при открытых переломах челюстей или обширных инфицированных ранениях мягких тканей лица. И еще реже инфекция проникает в челюсти по кровеносным или

лимфатическим сосудам из других очагов воспаления, например при тонзиллитах и различных инфекционных заболеваниях, что в основном имеет место у детей.

Проникновение бактериальной флоры в челюсти из больных зубов получило название одонтогенного пути инфицирования. У таких больных инфекция распространяется либо через корень зуба, либо через патологические зубо-десневые карманы.

Через корень зуба инфекция проникает в челюсть в случаях омертвения пульпы. Это встречается у больных, имеющих кариозные зубы и, несмотря на это, длительное время не обращавшихся к стоматологам.

Из патологически измененных зубо-десневых карманов инфекция проникает в челюсть при пародонтозе, а также при наличии воспалительного процесса около зубов другой природы, например при затруднительном прорезывании зубов мудрости, остром периодонтите, обострении хронического периодонтита. Тому же может способствовать нагноение кисты корня зуба после удаления зуба, особенно если при этом были травмированы ткани, прилежащие к кости, и в случаях, когда в рану после экстракции зуба попала инфекция.

Инфицирование челюстей может приводить к развитию воспаления: надкостницы (периостит), кости (остеомиелит) или и надкостницы, и кости (остеопериостит).

Периоститы, особенно острые гнойные, встречаются чаще последних двух форм воспаления. Острый гнойный периостит проявляет себя симптомами периодонтита и образованием плотной, болезненной припухлости. Последняя располагается либо в зоне переходной складки преддверья рта, либо в собственно ротовой полости над альвеолярным отростком соответствующей челюсти. Значительно реже припухлость локализуется над другими участками челюсти.

Все начинается с того, что в зоне инфицирования образуется уплотнение надкостницы, называемое инфильтратом. Через один-два дня под надкостницей образуется гнойник. К этому времени припухлость в ротовой полости увеличивается, становится мягче, слизистая оболочка над ней краснеет и становится горячей. Окружающие мягкие ткани со стороны полости рта и лица

отекают. Подчелюстные и шейные лимфатические узлы увеличиваются и становятся болезненными. Температура тела повышается до 37,5—38°. В крови растет скорость оседания эритроцитов и число лейкоцитов.

После вскрытия поднадкостничного абсцесса хирургом или его самопроизвольного прорыва наружу состояние больного быстро улучшается.

Основным методом лечения острого гнойного периостита является хирургический. После проведения надлежащего, чаще всего местного обезболивания надкостничный абсцесс вскрывают над местом наибольшего его выпячивания. Для лучшего оттока гноя в рану на двое-трое суток вводят резиновый выпускник (ленточку) из перчаточной резины. Одновременно больным назначают антибактериальные и обезболивающие средства и (по показаниям) физиотерапевтические процедуры. Кормят таких больных, особенно после операции, жидкой пищей с помощью резиновой трубки, надетой на поильник (трубочное питание).

При проведении своевременного рационального лечения и отсутствии осложнений выздоровление у таких больных наступает через пять-шесть дней.

Наиболее частыми осложнениями острого гнойного периостита челюстей является переход инфекции на мягкие ткани лица с образованием в них гнойников или на кость, что приводит к развитию остеомиелита.

Одонтогенный остеомиелит представляет собой воспалительный процесс в костной ткани, развивающийся вследствие проникновения инфекции из больного зуба. Появляется он чаще всего у взрослых в возрасте от 20 до 40 лет. В нижней челюсти одонтогенный остеомиелит встречается значительно чаще и протекает тяжелее, чем в верхней, что связано с особенностями анатомического строения каждой из них.

Дело в том, что верхняя челюсть, содержащая крупную воздухоносную пазуху, имеет тонкие стенки, в которых воспалительный процесс протекает быстрее и легче. Нижняя же челюсть, имеющая больший объем костного вещества, в случаях инфицирования представляет собой более благоприятную базу для развития длительного и тяжело текущего воспалительного процесса,

нередко с образованием изолированых участков мертвой костной ткани, называемых секвестрами.

Для одонтогенного остеомиелита характерно распространение инфекции с больного зуба на соседние лунки, что приводит к утрате устойчивости и болезненности соседних зубов. Постукивание по ним вызывает усиление боли. У таких больных на поверхности больной челюсти образуются инфильтраты, а лицо становится отечным. Заболевание начинается бурно, с ознобами, резкими подъемами температуры тела, выраженными изменениями крови, свидетельствующими об интоксикации всего организма.

При значительных масштабах воспаления костной ткани (губчатого вещества или кортикальной пластинки) острые явления продолжаются около двух недель, после чего процесс переходит в хронический. К этому времени гной обычно прорывается наружу (в полость рта или на поверхность лица или шеи) и состояние больного сразу облегчается. Температура тела снижается до 37,1—37,4°, исчезают или стихают боли. С этого времени происходит постепенное отграничение погибших участков костной ткани (секвестров) от здоровой кости посредством образования секвестральной капсулы с плотными костными стенками.

Несмотря на заметное облегчение состояния больного, наличие в челюсти гнойного очага является источником распространения инфекции по всему организму. Этот очаг не только отягощает общее состояние больного, но может привести и к метастазированию инфекции в другие органы и поэтому требует самого серьезного и разностороннего **лечения**. Последнее включает: 1) применение средств, направленных на повышение защитных сил организма; 2) проведение антибактериальной терапии; 3) лечение местного очага воспаления. Все это может быть осуществлено только в условиях стационара.

Повышение защитных сил организма достигается трансфузионной терапией (лечение переливанием крови и различных кровезаменителей), а также применением общеукрепляющих средств, подобных тем, что используются при пародонтозе.

Антибактериальное лечение проводится с учетом вы-

севаемой из раневого отделяемого бактериальной флоры, с определением их чувствительности к различным антибактериальным средствам (антибиотикам, сульфаниламидным препаратам и др.). При отсутствии выраженного клинического эффекта эти препараты через каждые семь — десять дней заменяют на другие для предупреждения образования устойчивых к ним штаммов микроорганизмов.

Антибиотики и другие антибактериальные средства вводят внутримышечно, внутривенно, внутриартериально, внутрикостно и непосредственно в гнойный очаг. Антибактериальная терапия продолжается до стойкой нормализации температуры тела.

Местное лечение при остром остеомиелите включает прежде всего удаление больного зуба, который послужил источником перехода инфекции на челюсть. Когда это вмешательство выполнено в самом начале заболевания, то оно может привести к быстрому выздоровлению. Если же уже сформировался поднадкостничный абсцесс, то последний подлежит обязательному вскрытию. Показанием к операции является наличие местного отека мягких тканей.

При хроническом остеомиелите челюсти (так же как и при остеомиелите других костей) основным методом лечения является хирургический. Последний заключается в удалении очага инфекции. Отказ больного от предлагаемой ему врачом операции может привести к развитию тяжелых осложнений вследствие распространения инфекции на другие органы и системы организма.

Хирургическое вмешательство производят после сформирования одного или нескольких полностью отделившихся от остальной кости секвестров, со всех сторон окруженных плотной секвестральной капсулой.

Если масса кости вокруг секвестральной капсулы тонка, то перед операцией, с целью предупреждения возможного перелома кости во время или после хирургического вмешательства, производят иммобилизацию челюсти (обычно нижней) с помощью назубных шин. Эта мера способствует также закреплению подвижных зубов, которые по окончании лечения могут снова укрепиться.

Операция при хроническом остеомиелите включает в себя обнажение и трепанацию кости над секвестральной капсулой, после чего производят удаление секвестров, грануляций, гноя и других патологических элементов. Удаление секвестров создает благоприятные условия для прекращения гнойного процесса и самостоятельного закрытия свищей. Секвестральную полость в конце операции протирают спиртом и засыпают антибиотиками. Рану зашивают наглухо. После операции продолжают антибактериальную и общеукрепляющую терапию до выздоровления.

Переход инфекции с кости на окружающие мягкие ткани может приводить к развитию в них абсцессов, сопровождающихся гнойным расплавлением многих тканей, и флегмон — острому гнойному расплавлению жировой клетчатки. В подобных случаях инфекция нередко распространяется в соседние анатомические области.

Врачу-стоматологу приходится учитывать и то обстоятельство, что при развитии любых воспалительных процессов в челюстно-лицевой области почти всегда активно реагируют подчелюстные и шейные лимфатические узлы. В ответ на попадание в них инфекции они увеличиваются и становятся болезненными. Мобилизуя фагоцитарную (поглощающую) деятельность особой защитной (ретикулоэндотелиальной) ткани, они выполняют барьерную роль, уничтожая часть бактерий. Однако при избыточном поступлении сюда патологической бактериальной флоры лимфоузлы сами становятся жертвой инфекции и воспаляются. Тогда в них развивается так называемый лимфаденит. В случаях гнойного расплавления лимфоузлов говорят о развитии аденофлегмоны, а при переходе инфекции на окружающие лимфоузлы мягкие ткани ставят диагноз — периаденит.

Распространение одонтогенной инфекции на мягкие ткани лица и шеи может сопровождаться образованием гнойных свищей, открывающихся на деснах или коже лица, а то и на шее.

При образовании в этой анатомической области абсцессов, флегмон, гнойных лимфаденитов, периаденитов, а также гнойных затеков врачи направляют лечебные мероприятия как на устранение основных очагов инфекции,

так и на вскрытие вторично развивающихся гнойников. Одновременно осуществляют антибактериальное и физиотерапевтическое лечение.

После устранения очагов воспаления свищи закрываются самостоятельно, образуя втянутые рубцы. Последние из косметических соображений врачи могут иссекать.

Воспалительные заболевания слюнных желез

Из имеющихся у человека трех пар крупных слюнных желез чаще воспаляются околоушные железы. Воспаление околоушной слюнной железы называется паротитом. Различают паротит эпидемический и неэпидемический.

Эпидемический паротит, или свинка, — широко распространенное вирусное заболевание, поражающее чаще детей. Источником заболевания является больной человек. Инфекция передается воздушно-капельным путем. Заболевание протекает по типу острой инфекции и сопровождается воспалением, чаще одной околоушной слюнной железы, со значительным отеком и увеличением ее размеров. Гнойное воспаление железы при этом заболевании почти никогда не развивается.

Кроме околоушных желез, при эпидемическом паротите иногда воспаляются подчелюстные и подъязычные слюнные железы. Во время этого заболевания могут развиваться порой весьма тяжелые осложнения: воспаление яичек (орхиты), почек (нефриты), нервов (невриты), головного мозга (энцефалиты), мозговых оболочек (менингиты), сердца (миокардиты), поджелудочной железы (панкреатиты).

Прогноз заболевания при надлежащем лечении и уходе в большинстве случаев благоприятный. Однако после двустороннего воспаления яичек может наступать их атрофия с прекращением выработки сперматозоидов и эндокринными нарушениями.

Профилактика эпидемического паротита состоит в соблюдении в детских учреждениях противоэпидемического режима, привитии детям санитарных навыков и своевременной изоляции заболевших.

Лечение направляют главным образом на повышение сопротивляемости организма к инфекции и на профилактику и лечение осложнений; проводится оно в инфекционных стационарах.

Неэпидемический паротит возникает вследствие: закупорки выводного протока железы инородным телом, слюннокаменной болезни, травмы слюнной железы, ее инфицирования за счет проникновения бактерий со слизистой оболочки ротовой полости. Тяжело протекают паротиты, развившиеся вследствие инфекционных заболеваний (грипп, пневмония, тифы, эпидемический энцефалит) и послеоперационные.

Возбудителями этого заболевания бывают: стафилококки, стрептококки, пневмококки и некоторые другие микроорганизмы. В железу инфекция проникает чаще всего через его выводной проток, значительно реже — по кровеносным и лимфатическим сосудам. В зависимости от характера развивающихся в железе патологоанатомических изменений острый паротит может быть катаральным, гнойным и гангренозным.

Заболевание начинается с образования односторонней, резко выраженной болезненной припухлости в области околоушной слюнной железы, главным образом кпереди, частично кзади и книзу от ушной раковины.

При паротите кожа над железой напрягается, становится упругой, краснеет и принимает блестящую окраску. Мочка уха оттопыривается. На слизистой оболочке полости рта в зоне выводного протока этой железы развивается отек и покраснение. Слюна из протока чаще не выделяется, иногда здесь обнаруживается мутная слюна или гнойная жидкость.

У страдающих паротитом повышается температура тела до 39°, появляется боль, отдающая в ухо, а также при глотании. С каждым днем больному становится все труднее открывать рот из-за усиления боли в области воспаленной железы.

В случаях стихания воспалительного процесса, недели через две после начала заболевания наступает выздоровление. Нарастание же воспалительного процесса способно привести к гнойному расплавлению всей или части слюнной железы.

Осложнения при острых паротитах могут быть ранними и поздними. К ранним относят: паралич лицевого нерва, образование гнойных затеков с их прорывом в наружный слуховой проход, окологлоточное пространство и в заднее средостение. Возможны также гнойное расплавление крупных кровеносных сосудов, тромбоз яремных вен и мозговых синусов.

Из поздних осложнений наиболее распространенным является образование слюнных свищей.

После острого серозного паротита нередко наступает полное выздоровление. Гнойные паротиты в большинстве случаев приводят к гибели части или всей железы с замещением ее рубцовой тканью.

Профилактика острых паротитов включает надлежащий уход за полостью рта, а в случаях слабого выделения слюны, когда в ротовой полости развивается сухость (ксеростомия), применяют средства, усиливающие слюноотделение. С этой целью полость рта протирают однопроцентным раствором лимонной кислоты, а в пищу, если нет противопоказаний, употребляют блюда, содержащие различные сокогонные специи.

Лечение острых паротитов включает прежде всего применение средств, усиливающих слюноотделение. С этой целью кроме соответствующей диеты больному дают внутрь три-четыре раза в день по пять-шесть капель однопроцентного раствора солянокислого пилокарпина или по столовой ложке два-три раза в день двухпроцентный раствор йодистого калия. Одновременно как можно раньше и систематически осуществляют разностороннюю антибактериальную терапию. Антибиотики применяют в виде блокад на полупроцентном растворе новокаина вокруг больной железы и внутримышечно. Больному одновременно назначают различные физиотерапевтические процедуры.

В случаях гнойного расплавления части железы гнойник опорожняют хирургическим путем; при наличии в протоке слюнной железы инородного тела последнее удаляют. Если же у больного развилось гнойное расплавление или некроз всей или почти всей железы, ее удаляют полностью.

Хронический паротит может быть неспецифическим

и специфическим. Первый нередко протекает с преимущественным поражением протоков или паренхимы. Патологоанатомически обычно выявляют небольшие размеры железы, что объясняется атрофией ее железистых элементов и разрастанием соединительной ткани. В околоушной слюнной железе обнаруживают наличие небольших абсцессов, очагов грануляционной ткани и иногда мелких кист.

Заболевание может начинаться незаметно для больного. Первым признаком болезни в таких случаях обычно является небольшое увеличение околоушной слюнной железы с одной или с обеих сторон, кожа над железой не изменена, прощупывание ее болезненно. Из выводного протока выделяется нормальное или несколько уменьшенное количество прозрачной слюны.

В дальнейшем увеличение железы происходит более заметно, она уплотняется и становится болезненной. С этого времени хронический воспалительный процесс обостряется, как правило, сначала с одной, а затем и с другой стороны. На стороне обострения сокращается количество выделяемой слюны, последняя приобретает мутный или гнойный вид. Во рту развивается сухость. В поздних стадиях заболевания в отдельных участках железы могут развиваться абсцессы.

У других больных заболевание проявляет себя внезапно, с выраженной болью в железе. Это первое обострение хронического паротита. Оно может возникать несколько раз в год или раз в несколько лет. Длительность такого заболевания исчисляется десятилетиями. При этом даже в периоды ремиссии больные весьма чувствительны к охлаждению желез и почти постоянно ощущают в них небольшую боль.

Кожа над больной железой и слизистая оболочка в области выводного протока обычно нормального цвета. При ощупывании железы в ней определяются отдельные уплотнения. Осторожное ее поглаживание по ходу выводного протока в большинстве случаев приводит к выделению из последнего слюны с примесью гноя, крови, а иногда и фибринозных пробочек. Такое периодическое опорожнение железы иногда приносит больным облегчение. На протяжении всего периода заболевания больше

всего больных беспокоит сухость во рту и боль в воспаленных железах.

Осложнения при хроническом паротите в основном те же, что и при остром паротите, но развиваются они значительно реже. У некоторых больных, вследствие попадания инфекции из железы в полость рта, развиваются катаральные или язвенные стоматиты.

Профилактика хронического паротита осуществляется теми же средствами, что и острого паротита.

Лечение хронического паротита к полному выздоровлению не приводит, но временно улучшает состояние больных. В периоды обострения осуществляют те же лечебные мероприятия, что и при остром паротите. При хроническом процессе наилучшие результаты дают гальванизация слюнных желез, их облучение рентгеновскими лучами. С лечебной целью в проток железы вводят йодлипол, а также раствор пенициллина или другого антибиотика. Значительно облегчают состояние больных новокаиновые блокады с антибактериальными средствами. Раствор вводят в течение двух-трех дней в мягкие ткани вокруг то одной, то другой железы. Один курс такого лечения включает 10—12 блокад.

Специфические хронические паротиты — туберкулезные, сифилитические, поражения актиномикотическим грибком — встречаются редко. Лечение больных с такими заболеваниями врачи проводят соответственно в туберкулезных, венерологических и инфекционных специализированных лечебных учреждениях.

Подчелюстная слюнная железа вовлекается в воспалительный процесс главным образом в связи с развитием в ней слюннокаменной болезни, о которой будет сообщено ниже. Другой причиной ее воспаления может быть восходящая инфекция, которая проникает в проток железы самостоятельно или (чаще) вместе с инородным телом (например, с чешуйкой кожуры от яблок, травинкой, частицей колоса хлебных злаков).

После попадания в проток железы инородного тела в области железы возникает ноющая боль и появляется припухлость. Через один-два часа боль и припухлость проходят. Они могут возобновляться во время каждого приема пищи, пока инородное тело не будет удалено.

После избавления от инородного тела больной обычно довольно быстро выздоравливает.

Если же инородное тело длительное время не удаляется, то в протоке слюнной железы развивается воспалительный процесс, который сопровождается уплотнением и увеличением всей железы. Тогда по ходу протока железы и в самой железе отмечается нарастающая, пульсирующая боль. В области устья протока обнаруживается выделение гнойной жидкости.

Из железы воспалительный процесс может распространяться на окружающие ткани, захватывая не только дно полости рта, но и жировую клетчатку, окружающую мышцы глотки. Иногда абсцесс вскрывается самостоятельно в области челюстно-язычного желобка.

Лечение воспаления подчелюстной железы включает проведение как местных, так и общих мероприятий. Местно производят промывание выводного протока железы раствором антибиотика, применяют физиотерапевтические процедуры, инородное тело удаляют, а абсцесс вскрывают. Общее лечение включает применение средств, укрепляющих защитные силы организма и обеспечивающих эффективную борьбу с инфекцией.

Довольно редко возникновение воспалительных процессов подчелюстной слюнной железы бывает связано с различными инфекционными болезнями или еще реже с заражением возбудителями туберкулеза, сифилиса и актиномикоза.

Наиболее частыми заболеваниями подъязычной слюнной железы являются кисты и слюннокаменная болезнь. Последнее заболевание в этой железе обнаруживает себя только после закупорки камнем выводного протока, что заставляет больного обратиться к врачу за помощью. Слюннокаменная болезнь подъязычной железы диагностируется и лечится так же, как при таком заболевании околоушной и подчелюстной слюнных желез.

Слюннокаменная болезнь, или сиалолитиаз, — заболевание, сопровождающееся образованием камней в протоках или паренхиме слюнных желез. Чаще всего камни появляются в подчелюстной слюнной железе, реже — в околоушной и совсем редко — в подъязычной. Наиболее типично образование одиночных камней, но их может

быть и несколько. Размер камней колеблется в пределах от песчинки до куриного яйца. Образование камней в слюнных железах, по-видимому, связано с нарушением в организме минерального обмена.

Обычно заболевание начинается бессимптомно. Когда же камень достигает размеров, препятствующих оттоку слюны, у больного во время еды внезапно возникает очень болезненная слюнная колика. Одновременно в области больной железы образуется заметная припухлость. Через 20—30 минут и боль и припухлость исчезают.

Постепенно клиническая картина заболевания нарастает. Колики возникают чаще и становятся тяжелее, а припухлость больше не исчезает. Железа уплотняется, а ее прощупывание сопровождается болью. Из устья протока железы, особенно во время ее пальпации, выделяется мутная слюна или гнойный экссудат. Если камень находится в протоке, то его обычно удается прощупать. При нахождении камня в паренхиме железы обнаружить его значительно труднее. Определение места расположения камня значительно облегчает рентгеновское обследование.

У некоторых больных это заболевание сопровождается образованием внутри железы абсцессов, а рядом с ней флегмон. Глотание и движение языком в таких случаях становятся болезненными, благодаря чему сиалоадениты иногда путают с ангиной. У таких больных может иметь место повышение температуры тела до 38° и выше. Лечение слюннокаменной болезни заключается в хирургическом удалении камня, а при наличии множества камней или при значительных изменениях самой железы, что наиболее характерно для подчелюстной железы, последнюю удаляют полностью.

Стоматит — одна из наиболее частых реакций организма на многие патологические состояния

Воспалительный процесс, поражающий слизистую оболочку полости рта, называется стоматитом (от греческого слова «стома» — рот). Стоматит является местной па-

тологической реакцией организма на прямое воздействие на слизистую оболочку рта какого-либо вредоносного фактора или одним из проявлений общего заболевания организма.

Воспалению слизистой оболочки полости рта присущи все классические признаки местного воспалительного процесса: покраснение, развитие припухлости, боль, нарушение функции органа и повышение местной, а иногда и общей температуры тела.

В зависимости от длительности заболевания стоматиты подразделяют на острые и хронические. Для первых характерны: яркая клиника и небольшой срок заболевания. Вторым свойственны: вялое течение с возможными периодическими обострениями и большая (более семидесяти дней) длительность заболевания.

С учетом глубины поражения слизистой оболочки различают следующие виды стоматита: катаральный (слизистая только краснеет), афтозный (на слизистой образуются поверхностные дефекты) и язвенный (поражаются глубокие слои этой оболочки).

Согласно классификации, предложенной А. И. Рыбаковым, все стоматиты подразделяются на две группы. К первой относятся травматические стоматиты; ко второй — симптоматические, инфекционные и специфические стоматиты.

Травматические стоматиты могут возникать при механических, физических и химических воздействиях на слизистую оболочку полости рта.

На почве механических повреждений стоматиты развиваются или в результате одномоментной травмы (укол вилкой, костью, зубочисткой) или вследствие длительного воздействия повреждающего фактора (травмирования слизистой острым краем зуба, пломбой, неудачно изготовленным протезом, зубными отложениями).

При одномоментной травме, как правило, появляется различных размеров катаральное воспаление слизистой. В связи с болезненностью прием пищи в таком случае бывает затруднительным. При продолжительном воздействии травмирующего агента на слизистой оболочке в местах давления образуются более тяжелые изменения — пролежни различной глубины, вплоть до язв.

Иногда воспалительный процесс становится разлитым. Тогда вся или почти вся слизистая оболочка ротовой полости становится красной, отечной, в отдельных местах возможно появление эрозий и язв. Язвенный стоматит может перейти в некротический, при котором наступает омертвение отдельных участков слизистой оболочки.

Во время развития глубокого и особенно разлитого стоматита ухудшается общее состояние больного, температура тела повышается до 38—39°, появляются слабость, головная боль, увеличиваются шейные и подчелюстные лимфоузлы. При устранении причины заболевания и своевременном лечении, выздоровление может наступить на пятые—десятые сутки. В случаях, когда причина заболевания не устранена, острый процесс переходит в хронический. Для него характерны: синюшность слизистой оболочки, уменьшение болезненности и отечности слизистой, дно язв покрывается мелкими красными узелками — грануляциями, поверх которых иногда формируется серовато-желтый налет.

Лечить таких больных должен врач-стоматолог, в задачу которого входит устранение причины заболевания, а затем лечение самого стоматита с использованием антибактериальных, вяжущих и других средств, о чем подробнее будет сообщено в конце раздела.

Прогноз при остром заболевании благоприятный, однако на месте язв, как правило, образуются рубцы. Хроническое заболевание протекает длительно, часто сопровождается периодическими обострениями, а на месте длительно не заживающих язв возможно развитие рака или других злокачественных новообразований. При наличии в организме туберкулезной инфекции, в воспаленной слизистой может развиться туберкулезный процесс. Когда возникает подозрение на указанные осложнения, необходима консультация соответствующего специалиста (онколога или фтизиатра).

Ожоговый стоматит развивается после попадания в рот очень горячей пищи, например, только что закипевшей жидкости, реже после попадания в рот горячего пара, раскаленного воздуха или огня. Термические ожоги слизистой рта, связанные с вдыханием горячего пара, воздуха или пламени, как правило, сопровождаются ожогом

дыхательных путей, что значительно утяжеляет состояние пострадавшего.

В зависимости от глубины поражения, ожоги слизистой оболочки, как и ожоги кожи, подразделяются на две группы — поверхностные и глубокие. К поверхностным относят ожоги I степени, при которых слизистая только отекает и краснеет; II степени — образуются пузыри; III степени — наступает частичное омертвение слизистой оболочки с сохранением части элементов росткового слоя. К глубоким относят ожоги III Б степени — слизистая погибает полностью и IV степени — омертвевает не только слизистая, но и глубжележащие слои, иногда включая и кость.

Поверхностные ожоги, при проведении рационального лечения, заживают за несколько дней. Глубокие заживают медленно, с образованием грубых стягивающих рубцов, затрудняющих открывание рта. Они требуют сложного лечения в условиях стоматологического стационара, где нередко приходится прибегать к производству пластических операций.

Стоматиты, развивающиеся вследствие воздействия химических агентов, по глубине поражения, как и термические ожоги, подразделяются на четыре степени, причем нередко возникают ожоги III и IV степени. В этой группе чаще всего встречаются стоматиты от воздействия на слизистую рта кислот и щелочей.

После контакта с кислотой, за счет коагуляции белка слизистая становится плотной, светло-коричневого цвета. Образовавшаяся корка задерживает проникновение кислоты на большую глубину и через несколько дней отторгается (при необходимости процесс отторжения мертвой корки может быть ускорен хирургическим путем). Оставшиеся живыми элементы слизистой и подслизистой оболочек резко отечны, ярко-красного цвета. Глубина омертвения ткани в разных местах неодинакова. В отдельных участках образуются язвы. Возможно также омертвение мягких тканей вплоть до кости. При воздействии некоторых кислот, например, мышьяковистой, нередко формируются и отходят участки мертвой костной ткани — костные секвестры.

От воздействия щелочей ожоги бывают более глубо-

кими, чем от кислот, так как биологические ткани, в том числе и слизистая полости рта, имеют щелочную реакцию и образующийся струп оказывается менее плотным. Он белесоватого цвета, рыхлый, легко снимается и слабо задерживает проникновение щелочи в более глубокие слои. Такие поражения лечить труднее. Наиболее тяжелыми бывают поражения, вызванные воздействием 15%-ных растворов щелочей.

Стоматиты, развивающиеся вследствие воздействия кислот и щелочей, сопровождаются резкой болезненностью, выраженными нарушениями функций органов полости рта, а также значительным ухудшением общего состояния больных. После кратковременного периода сухости во рту происходит обильное слюноотделение.

Заживление таких поражений, особенно после воздействия щелочей, происходит медленно, часто с образованием грубых, деформирующих слизистую оболочку полости рта, рубцов. Особенно тяжелые функциональные нарушения развиваются после химических ожогов языка. Кислота или щелочь, попадающая изо рта в пищевод, часто приводит к развитию в нем спаечной непроходимости. В дальнейшем лечение проводится врачом-стоматологом.

К симптоматическим стоматитам относятся стоматиты при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и нервной систем, болезнях почек, заболеваниях эндокринной системы и болезнях крови.

Стоматиты при заболеваниях желудочно-кишечного тракта встречаются довольно часто. Это связано с тем, что ротовая полость является начальным отделом пищеварительного тракта, а различные его отделы очень тесно связаны друг с другом не только анатомически, но и функционально.

При самых разнообразных функциональных нарушениях и заболеваниях желудочно-кишечного тракта — катаральных, язвенных, опухолевых процессах, а также пищевых отравлениях довольно рано изменяется внешний вид языка. Он покрывается налетом серого или светло-коричневого цвета различной толщины и становится более сухим, чем в норме, то есть, как принято говорить, обложенным. При заболеваниях желудка и тонкого ки-

шечника часто развиваются стоматиты различной глубины — от катаральных до язвенных, а при заболеваниях толстого кишечника нередко развивается хронический афтозный стоматит.

Стоматиты при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. При ишемической болезни сердца, особенно при ее наиболее тяжелых формах, инфаркте миокарда, развитии сердечно-сосудистой недостаточности, декомпенсированных пороках сердца, а также при гипертонической болезни III степени организм реагирует изменениями в состоянии всех органов и систем. Слизистая оболочка ротовой полости в этом отношении не представляет исключения. У 60% таких больных развиваются стоматиты, причем чаще у тех больных, которым не проводится регулярная и достаточно эффективная сердечно-сосудистая терапия.

Слизистая ротовой полости у указанных больных отекает и приобретает синюшный оттенок. На боковых краях языка и слизистой щек образуются отпечатки зубов. В отдельных местах слизистой нередко возникают точечные кровоизлияния и эрозии.

В далеко зашедших случаях сердечной недостаточности, сопровождающейся появлением выраженных стойких отеков нижних конечностей, слизистая ротовой полости приобретает желтушную окраску. На языке, небных дужках, дне полости рта и деснах могут появляться язвы с ровным дном и краями. Наличие таких язв затрудняет прием пищи, больному трудно разговаривать.

В случаях длительно текущей хронической сердечно-сосудистой недостаточности развивается хронический, периодически обостряющийся афтозный стоматит.

Таких больных должны лечить совместно терапевт и стоматолог, так как каждое заболевание ухудшает течение другой болезни и состояние организма в целом.

Стоматиты при заболеваниях и повреждениях нервной системы, имеющей отношение к полости рта, являются закономерной общебиологической реакцией на нарушение иннервации того или иного участка данной анатомической области. Они развиваются как при нарушениях функции соответствующих отделов центральной, так и периферической нервной систем.

Роль центральной нервной системы в состоянии слизистой полости рта была доказана экспериментально еще А. Д. Сперанским и его сотрудниками. В его лаборатории подопытным животным раздражали соответствующие участки головного мозга и обнаруживали в таких случаях появление очагов кровоизлияния и язв на слизистой оболочке губ, языка, щек, десен. Другими авторами (А. И. Рыбаков и др.) в неврологических клиниках наблюдались изменения слизистой полости рта вплоть до хронического афтозного стоматита у больных, перенесших ушиб или сотрясение головного мозга, а также при неврозах и некоторых других заболеваниях центральной нервной системы.

О связи между заболеваниями периферической нервной системы и стоматитами свидетельствуют следующие факты. Так, при повреждениях или заболеваниях соответствующих ветвей тройничного нерва, ведающих иннервацией языка и других отделов слизистой полости рта, также развиваются различные формы стоматита. А нарушение функции язычного нерва приводит к ярко выраженным изменениям внешнего вида и функции языка. Примерами таких нарушений является образование волосатого или черного языка, а также ромбического глоссита.

Волосатый или черный язык — это результат утолщения и удлинения его нитевидных сосочков, длина которых достигает в таком случае двух сантиметров с одновременным резким их потемнением вплоть до черного цвета. В связи с обильным кровоснабжением языка и наличием зон перекрытия в иннервации слизистой полости рта другими нервами, заболевание проходит самостоятельно, неприятных ощущений не вызывает и лечения не требует.

Ромбический глоссит — заболевание языка, при котором в центре его спинки слущиваются нитевидные сосочки. В результате по средней линии языка, ближе к задней его трети, образуется участок красного цвета ромбовидной или овальной формы. Часть этого участка может быть покрыта роговым налетом. У некоторых больных в указанной зоне возникают болевые ощущения, требующие применения обезболивающих средств. Лучше всего

это достигается проводниковой анестезией, которая выполняется врачом-стоматологом. Постепенно сосочки восстанавливаются, иногда даже без специального лечения.

Стоматиты бывают и при болезнях почек. Дело в том, что через почки из организма выводятся различные ядовитые вещества, которые образуются в результате обменных процессов. При заболевании почек вещества задерживаются в организме и тогда развивается общее отравление.

Много указанных веществ накапливается в лимфатических сосудах, по которым они доставляются в разные участки человеческого тела, в том числе и к слизистой ротовой полости. А слизистая оболочка полости рта при этом реагирует особенно отчетливо.

В подобных случаях эта оболочка становится сухой, бледной, истонченной, легко травмируется грубой пищей. Слизистая нёба, щек и губ приобретает желтый оттенок. Язык становится обложенным. В связи с переходом в слюнные железы аммиака во рту возникает неприятный запах. В отдельных случаях во рту возникают эрозии. Больные при этом испытывают во рту саднение и жжение. На слизистой рта может развиваться кандидоз и множественные геморрагии.

При острой почечной недостаточности и в период обострения хронической болезни почек на красной кайме губ и прилежащих участках слизистой рта и кожи лица появляются мелкопузырчатые высыпания герпеса за счет присоединяющейся вирусной инфекции. Прием пищи и открывание рта в этот период становятся затруднительными. При улучшении течения основного заболевания эти проявления стоматита обычно заканчиваются к концу третьей недели.

Развитием стоматитов сопровождается подавляющее большинство инфекционных заболеваний. В одних случаях изменения слизистой полости рта не являются специфичными для конкретной инфекционной болезни и поэтому не имеют определяющего диагностического значения. В других клиника стоматита оказывается свойственной только данному инфекционному заболеванию. Тогда, основываясь лишь на осмотре слизистой полости

рта, врач имеет право почти с полной уверенностью заподозрить конкретную болезнь. А при помощи дополнительных бактериологических исследований диагноз нередко подтверждается. К таким заболеваниям относятся: корь, дифтерия, скарлатина.

При кори в продромальном периоде (периоде предвестников) наряду с общим недомоганием, головной болью, повышением температуры тела, сухим кашлем, насморком и конъюнктивитом развивается стоматия. Он проявляется возникновением на покрасневшей и отечной слизистой щек, против нижних коренных зубов, пятен Филатова—Коплика—Бельского. Последние имеют вид белесоватых точек, окруженных красным ободком, возвышающихся над поверхностью окружающей слизистой.

Пятна Филатова—Коплика—Бельского появляются за два-три дня до кожных высыпаний и исчезают на второй день после этих высыпаний. Указанные пятна считаются самым важным признаком кори. Вторым стоматологическим признаком кори являются энантемы (красные пятнышки), появляющиеся накануне высыпания на фоне бледной слизистой нёба. В это же время слизистая щек становится пятнистой и шероховатой.

Стоматит при дифтерии развивается в конце инкубационного периода заболевания, а именно через два—четырнадцать дней после попадания дифтерийных палочек на слизистую оболочку полости рта. При другой локализации внедрения в организм дифтерийных палочек (слизистая глаз, верхних дыхательных путей, половых органов у девочек, раневая поверхность) дифтерийного стоматита может не быть. Чаще других развивается дифтерия зева. Дифтерийная палочка весьма токсична и приводит к тяжелым общим и местным изменениям в состоянии организма.

При развитии дифтерии зева заболевание начинается общей интоксикацией со значительным недомоганием, повышением температуры до 38—39°, ухудшением аппетита. Подчелюстные лимфоузлы увеличиваются, но остаются почти безболезненными.

В горле больного дифтерией появляется небольшая боль при глотании. В зеве в первые часы заболевания

обнаруживается тонкая серая пленка, подобно паутинке. Затем эта пленка за счет развития некротического процесса довольно быстро утолщается, уплотняется и приобретает грязно-серый или грязно-зеленый цвет. Она закрывает небные миндалины, а иногда распространяется на небные дужки, язычок и даже (более редко) на глотку и гортань. Одновременно вокруг налетов развивается отек мягких тканей.

Пока пленка тонкая в виде паутинки, она снимается легко. После снятия же плотной пленки обнажается кровоточащая язвенная поверхность. Кровотечение при этом останавливается самостоятельно и довольно быстро. Для окончательной постановки диагноза бактериологически исследуют мазок, взятый из зева.

Дифтерия может протекать в виде различных форм и степеней по тяжести, глубине и распространенности местных и общих изменений в состоянии организма больного.

При распространении процесса на верхние дыхательные пути за счет развития дифтерийного крупа, в случаях запоздалого лечения, больному может угрожать смерть от асфиксии. Основным и весьма эффективным методом лечения дифтерии в настоящее время является возможно раннее введение противодифтерийной антитоксической сыворотки. Больной должен лечиться в инфекционной больнице.

С целью профилактики дифтерии всем детям в нашей стране проводят предохранительные прививки, используя для этой цели дифтерийный анатоксин.

Стоматит при скарлатине — самый постоянный признак этого острого инфекционного заболевания. Другими его признаками являются мелкоточечная сыпь, покрывающая почти все тело кроме носогубного треугольника, остающегося белым, и наклонность к осложнениям гнойно-септического характера.

Вызывается скарлатина токсигенным гемолитическим стрептококком группы А, который проникает в организм чаще всего через слизистую оболочку зева и глотки. Инкубационный период болезни составляет три—семь дней. В первые 10—12 часов заболевания, как правило, сыпи еще нет, но на фоне признаков общей интоксика-

ции (озноб, рвота, повышение температуры тела до 40°) развивается выраженная картина стоматита.

На мягком нёбе и язычке при скарлатине выявляется яркая, часто точечная краснота. Эта краснота резко обрывается у границы с твердым нёбом. На вторые сутки одновременно с появлением сыпи и нарастанием явлений интоксикации развивается ангина. Последняя может быть катаральной, фолликулярной, лакунарной, фибринозно-пленчатой и некротической.

Для любого вида ангины при скарлатине характерным является ярко-красная окраска слизистой зева и мягкого нёба, особенно в области язычка. При более тяжелой ангине может наступить омертвение воспаленных тканей. Этот процесс иногда распространяется далеко за пределы миндалин, поражая не только дужки и мягкое нёбо с язычком, но также и носоглотку. При ангине глотание затруднено и болезненно. Шейные и подчелюстные лимфатические узлы увеличены и при пальпации болезненны. В септических случаях воспалительный процесс распространяется на ближайшую жировую клетчатку, которая может подвергаться омертвению.

Слизистая оболочка полости рта у больных скарлатиной сухая и яркая, слюноотделение вначале понижено. Губы потрескиваются, сухие. Язык также сухой и покрыт светло-желтым налетом. Освобождение его от налетов начинается с третьего дня заболевания, когда он приобретает малиново-красный цвет, что связано с очищением и некоторым увеличением грибовидных сосочков. Такой язык называется сосочковым, или малиновым.

Все симптомы заболевания подвергаются обратному развитию в большинстве случаев с четвертого-пятого дня заболевания. Катаральная ангина начинает проходить с пятого-шестого дня; некротическая — с девятого дня. После ликвидации некротической ангины могут оставаться дефекты тканей. В связи с широким применением антибиотиков, септическая форма скарлатины встречается очень редко. У таких больных в зеве и глотке развиваются обширные и глубокие некрозы тканей.

В лечении септических форм скарлатины ведущее место приобрело применение антитоксической противоскарлатинозной сыворотки. Профилактика вспышек это-

го заболевания заключается в раннем выявлении и изоляции заболевших.

Основными возможными осложнениями скарлатины являются: воспаление легких, почек, лимфоузлов шеи, среднего уха, придаточных пазух носа, внутренней оболочки суставов, образование язв в желудке. Безотлагательное обращение больного к врачу и своевременно начатое рациональное лечение резко снижают частоту указанных осложнений.

Так как стоматиты при кори, дифтерии, скарлатине могут существовать на протяжении всего или почти всего заболевания, в лечении таких больных одновременно с инфекционистами должны принимать участие стоматологи.

Первые проводят лечение инфекционного заболевания и его осложнений, а вторые лечат стоматит. С этой целью они ежедневно производят туалет полости рта слабыми дезинфицирующими растворами, а также растворами антибиотиков после снятия пленок. Губы смазывают гидрокортизоновой мазью и синтомициновой эмульсией.

Стоматологам приходится лечить и такое заболевание, как **герпетический стоматит**, который вызывается вирусами и характеризуется появлением на покрасневшей слизистой рта сгруппированных пузырьков. Болезнь может иметь самую разнообразную локализацию (конъюнктивы глаз, мочеиспускательный канал, влагалище, шейка матки, а также кожа лица, половых органов). Чаще она начинается остро и на фоне какого-либо простудного заболевания.

Клиническая картина герпетического стоматита обычно развивается в такой последовательности. Сначала появляется общая слабость, повышается температура тела, появляется боль во рту. Через один-два дня слизистая ротовой полости отекает и краснеет, после чего на ней появляются группы пузырьков, каждый диаметром около двух миллиметров. Наиболее типичная локализация пузырьков: слизистая щек, твердое нёбо, места перехода слизистой оболочки губ в кожу, углы рта.

Содержимое пузырьков вначале прозрачно, а затем мутнеет. Через один-два дня пузырьки вскрываются и об-

нажаются эрозии. Последние покрываются желтым налетом. К этому времени ближайшие лимфатические узлы увеличиваются и становятся болезненными. Через несколько дней эрозии уменьшаются, подсыхают и за восемь—десять дней заживают под корочками, не оставляя рубцов.

Заболевание может принимать хроническое течение и периодически обостряться. Иммунитета после себя оно не оставляет.

Лечение герпетического стоматита врачи проводят в двух направлениях, лечат основное (простудное) заболевание и стоматит с обязательной санацией полости рта. Больному назначают витамины, особенно С и B_1, а при хронических формах вводят гамма-глобулин или осуществляют повторные прививки оспенной вакцины. При правильном лечении исход благоприятен.

В стоматологической практике встречаются также **специфические стоматиты.** К ним относятся: грибковые, радиационные, медикаментозные, сифилитические, туберкулезные и некоторые другие. Приведем краткие сведения о наиболее распространенных видах специфических стоматитов.

Грибковые заболевания полости рта — микозы возникают чаще всего в результате воздействия на его слизистую дрожжевых грибков белого цвета (candida albicans). Способствуют этому длительное применение больших доз антибиотиков и ослабление организма больных.

У грудных детей, особенно истощенных и перенесших какое-либо заболевание, может возникнуть особая форма стоматита, называемая **молочницей.** Вызывается это заболевание грибком oidium albicans. Через воздух и различные предметы его споры попадают на слизистую рта, образуя на ней беловатые наложения — бляшки. Последние состоят из нитевидного мицелия и гонидий этого грибка.

В начале болезни развивается картина катарального стоматита. Затем на ярко-красной, нередко с синюшным оттенком слизистой появляются одиночные белые налеты, возвышающиеся над общим уровнем слизистой оболочки. Одиночные налеты постепенно сливаются,

образуя обширную зону поражения белого цвета с бугристой поверхностью. В тяжелых случаях эти наложения, покрыв всю слизистую оболочку полости рта, могут распространяться за пределы ротовой полости. При этом возможно поражение гортани, глотки и даже пищевода, желудка и кровеносных сосудов. Кпереди этот процесс иногда распространяется на красную кайму (дрожжевой хейлит) и углы рта (заеды).

На фоне столь обширного поражения грибком возможно развитие грибкового сепсиса. Появление во рту обширных налетов сопровождается болью, которая усиливается при сосании и глотании. Белые бляшки плотно сидят на слизистой оболочке. При насильственном их снятии наблюдается кровоточивость, и на этом месте довольно быстро вновь образуются бляшки.

Умеренно выраженная молочница у здоровых детей легко поддается лечению и быстро проходит, иногда даже без лечения. У других же заболевание имеет склонность к рецидивам и требует от врача больших усилий. Особенно стойкими оказываются поражения углов рта и красной каймы губ. Больные при этом испытывают боль, зуд и жжение.

Лечение таких больных проводят педиатры или врачи-стоматологи. Они назначают противогрибковые препараты (леворин или нистатин), витамины (B_1, B_2, C и K), смазывают пораженные участки раствором Люголя на глицерине. В наиболее упорных случаях применяют лучевую терапию.

В профилактике молочницы ведущее место принадлежит соблюдению правил гигиены. При кормлении ребенка грудью мать должна обязательно предварительно помыть молочную железу и руки.

Медикаментозный стоматит является одним из частных проявлений непереносимости данным организмом того или иного лекарственного или диагностического вещества. Это происходит вследствие так называемой идиосинкразии, или аллергической реакции организма на данное вещество. В результате развивается бурная реакция всего организма на непривычный для него раздражитель. Она нередко проявляется быстрым развитием отека слизистых оболочек, а иногда и кожи.

У больных может развиваться также крапивница, аллергический насморк, экзема, одышка, приступы бронхиальной астмы, головная боль, рвота, повышаться температура тела и могут возникать другие местные и общие патологические реакции. Эти явления обычно продолжаются от нескольких часов до нескольких дней. Известны отдельные случаи смертельных исходов на введение в организм небольшой дозы даже такого распространенного в хирургии лекарственного средства, как новокаин.

Изменения, происходящие на слизистой оболочке рта, у разных людей могут быть разнообразными, даже после приема одного и того же лекарства. У одних развиваются катаральные изменения, у других возникают пузыри, у третьих — белые налеты, а у четвертых — одновременно все названные формы местной патологической реакции.

Разные лекарственные вещества могут явиться причиной однотипной реакции как на слизистой оболочке ротовой полости, так и в других местах человеческого тела.

Наиболее типичными представителями таких лекарственных средств являются препараты, содержащие йод, бром, мышьяк, а также группы стрептомицина, тетрациклинов, сульфаниламидов, барбитуратов, танина, висмута, производные пиразолона — антипирин, амидопирин, анальгин, бутадион.

Особенно бурно медикаментозный стоматит развивается при попадании в организм некоторых больных препаратов йода. При этом вся слизистая рта резко краснеет и отекает, появляется сильная боль в деснах. Значительно активизируется деятельность железистого аппарата рта, глаз и носа, что приводит к слюнотечению, слезотечению и появлению обильного отделяемого из носа. На коже могут появляться пузыри, гранулемы, йодистые угри.

Сходная картина стоматитов с небольшими нюансами наблюдается при непереносимости отдельными больными и других лекарственных средств.

Чтобы избежать подобных реакций организма на данное медикаментозное средство, необходимо до введе-

ния его полной дозы произвести пробу на переносимость этого средства путем введения в организм его небольшой дозы.

В случаях выявления реакций непереносимости препарата следует незамедлительно отказаться от его дальнейшего введения. С целью же прекращения уже начавшейся патологической реакции больному проводят десенсибилизирующую терапию. Она включает в себя антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, пипольфен), десятипроцентный раствор хлористого кальция по одной столовой ложке три раза в день, витаминотерапию. Полость рта орошают слабыми антисептическими растворами.

Стоматит может возникать и при недостатке в организме того или иного витамина. В таком случае он развивается вследствие нарушения тканевого обмена. Не приводя здесь общеизвестных данных о всем комплексе клинических проявлений, развивающихся при гиповитаминозах и авитаминозах, сообщим лишь краткие сведения, касающиеся состояния слизистой оболочки полости рта у этой группы больных.

При недостатке в организме витамина А во рту ощущается сухость слизистой оболочки (ксеростомия). У некоторых больных происходит перерождение и ороговение эпителия этой оболочки. В углах рта могут образовываться болезненные трещины. Присоединение же к этому процессу инфекции становится причиной образования язв.

Когда в организме не хватает витамина B_1 (тиамина), в слизистой рта возникает чувство жжения, а в языке — болевые ощущения. Это связано с нарушением деятельности нервных проводников, поскольку витамин B_1 является нейротропным витамином.

При недостатке в организме витамина B_2 (рибофлавина) слизистая оболочка полости рта краснеет, в языке возникает чувство жжения, в углах рта болезненность. В наиболее тяжелых случаях здесь могут образоваться заеды.

Недостаток витамина PP (никотиновой кислоты) вызывает в языке боль и жжение, а слизистая ротовой полости становится сухой, резко краснеет, на ней иногда появ-

ляются мелкие пузырьки, которые, лопаясь, образуют болезненные эрозии. Десны в таком случае рыхлые, от прикосновения легко кровоточат.

При дефиците в организме витамина С развивается С-гиповитаминоз вплоть до цинги. В полости рта при этом заболевании страдают главным образом десны, а затем и зубы. Десны приобретают синюшную окраску и кровоточат. Зубо-десневые карманы резко углубляются за счет отслоения десен от шеек зубов, после чего начинается рассасывание зубных луночек. В результате зубы начинают шататься и нередко выпадают. Проникновение инфекции в пораженные десны способствует также развитию у больных тяжелого язвенного стоматита.

Профилактика и лечение гиповитаминозов заключается в даче больным с пищей и в виде препаратов необходимых профилактических или лечебных доз витаминов. Одновременно необходимо обращать внимание на состояние желудочно-кишечного тракта, так как при энтероколитах (воспаление тонкого и толстого кишечника) гиповитаминозы могут развиваться в результате плохой всасываемости витаминов в кишечнике.

Несколько повышенное содержание витаминов в рационе должно быть в зимне-весенний период. Необходимо иметь в виду, что длительный прием витаминов в дозах, превышающих рекомендуемые врачами, может привести к болезни, связанной с перенасыщением организма — витаминами — гипервитаминозу, а это вызывает серьезные нарушения в здоровье больного человека.

Основное, что требуется от каждого из нас с целью **профилактики возникновения стоматита**, это: 1) регулярно следить за состоянием своих зубов, для чего не реже одного раза в год посещать врача-стоматолога для снятия зубных отложений, возможно раннего лечения начинающихся заболеваний зубов и получения конкретных гигиенических рекомендаций; 2) ежедневно, лучше перед сном, чистить зубы по правилам, принятым в стоматологии (верхние зубы сверху вниз, нижние — снизу вверх и со всех сторон); 3) после каждого приема пищи тщательно прополаскивать рот водой; 4) не употреблять горячей и острой пищи, крепких напитков и не курить; 5) не носить

коронки, мосты, изготовленные из разных металлов; 6) своевременно обращаться к соответствующему специалисту при начинающемся заболевании внутренних органов, учитывая, что тем самым мы будем заботиться и о своих зубах и слизистой полости рта; 7) устранять профвредности, отрицательно действующие на слизистую полости рта.

В заключение раздела следует высказать некоторые общие положения, касающиеся лечения стоматитов. Для правильного лечения воспаления слизистой оболочки полости рта необходимо прежде всего установить, является ли данный конкретный патологический процесс в ротовой полости чисто местным явлением или он служит проявлением какого-то общего заболевания.

При симптоматических, инфекционных и специфических стоматитах в лечении больных, наряду со стоматологами, должны принимать участие врачи одного из следующих профилей: инфекционисты, эндокринологи, фтизиатры, онкологи, радиологи, венерологи, аллергологи, терапевты или хирурги.

Если же стоматит является самостоятельным местным заболеванием, развивающимся главным образом вследствие воздействия механических, химических или физических факторов, оказывающих свое действие непосредственно на слизистую оболочку полости рта, то в таких случаях лечение осуществляет один стоматолог.

К основным наиболее общим направлениям лечебных мероприятий при стоматитах относятся: 1) применение средств, которые повышают общие защитные силы организма, и 2) местное лечение стоматита, включающее санацию полости рта (если она требуется), медикаментозную терапию, физические, а иногда и хирургические методы лечения.

С целью повышения защитных сил организма необходимо обеспечить больному рациональное полноценное питание, причем блюда должны быть механически, физически и химически щадящими и не раздражать слизистую оболочку полости рта. Необходимо придерживаться здорового режима дня с дневными прогулками и достаточным ночным сном. При необходимости больным вводят медикаментозные средства, повышающие защит-

ные силы организма: экстракт алоэ, ФиБС, витамины, анаболические гормоны.

Местное лечение стоматита включает прежде всего ликвидацию очагов инфекции в полости рта. С этой целью необходимо бороться с очагами инфекции в лимфаденоидном аппарате, вылечить зубы, подлежащие лечению, и удалить подлежащие удалению.

В последующем при отсутствии части зубов в обязательном порядке осуществляют протезирование полости рта.

Медикаментозное лечение подбирают индивидуально и проводят в соответствии с характером и фазой заболевания слизистой оболочки полости рта. При этом в задачу врача входит борьба с болью и аллергическими реакциями. В последующем ставится задача добиться скорейшего отторжения мертвых тканей и обеспечить возможно быстрое заживление раневых поверхностей.

Чтобы снять или уменьшить болевые ощущения во рту больного, врачи нередко применяют аппликации и ротовые ванночки из двух- или пятипроцентного раствора новокаина, смазывание болезненных участков во рту пятипроцентным раствором анестезина на подсолнечном масле и другие средства.

Для борьбы с инфекцией полость рта прополаскивают несколько раз в день и обязательно после каждого приема пищи двухпроцентным раствором борной кислоты или другими антисептиками.

Затем целесообразно дополнительно прополаскивать рот белковой эмульсией, которая содержит фермент лизоцим и также обладает антибактериальным действием. Кроме того, эта эмульсия покрывает всю слизистую оболочку ротовой полости тонкой пленкой и таким образом защищает поврежденную ее поверхность от переваривающего действия слюны.

Для приготовления белковой эмульсии в пол-литровую бутылку наливают 400 миллилитров полупроцентного раствора новокаина или такое же количество кипяченой воды и туда же вливают белок куриного яйца. Содержимое бутылки минут пять взбалтывают до образования однородной эмульсии. Сохраняют ее в холодильнике.

С целью антибактериального и противовоспалительного воздействия полость рта орошают специальными растворами, выпускаемыми в аэрозольных упаковках. К ним относятся, например, оксикорт, ингалипт и некоторые другие.

При язвенно-некротических процессах, с целью разрушения мертвых тканей, стоматологи применяют аппликации на очаги поражения растворов фибринолитических ферментов (трипсина, химотрипсина, химопсина). Для ускорения процесса заживления язв и ран в полости рта используют аппликации с маслом облепихи, шиповника, каротолина, пятипроцентной метилурациловой мазью, бальзамом Шостаковского. Особенно эффективна мазь, содержащая продукт жизнедеятельности пчел — прополис.

В комплексном лечении стоматитов, если нет противопоказаний, применяют и физиотерапию.

К ней относятся, например, ультразвуковая терапия, электрофорез различных лекарственных средств, аэрозольтерапия, гидротерапия, использование гелий-неонового лазера. В отдельных случаях для лечения стоматитов используют низкие температуры, применяя местное замораживание тканей — криотерапию. Этот метод стимулирует заживление раневых поверхностей, не требуя при этом применения обезболивающих средств.

Хирургические методы лечения стоматитов, как вспомогательные, применяют при химических ожогах ротовой полости, когда требуется удалить мертвую корку или пересадить кожу или слизистую оболочку, при некоторых эндокринных заболеваниях с повышенной функцией желез внутренней секреции, требующей удаления значительной части такой железы (например, при тиреотоксикозе), и в некоторых других случаях.

Когда воспаляется лимфоидная ткань ротовой полости

У человека заболело горло. Серьезный ли это признак? Мы считаем, что да. Ибо так нередко начинаются многие болезни, которые при своевременном врачебном

вмешательстве могут быть приостановлены в своем развитии.

Однако, к сожалению, нередко больные считают, что в таком случае совсем не обязательно обращаться к врачу. Они сами себе ставят диагноз «ангина» и прибегают к «домашним» средствам лечения, иногда продолжая ходить на работу. При этом у многих даже не возникает мысли о таящихся в подобных случаях опасностях, иногда грозящих даже жизни человека. Тому, насколько это заболевание может быть серьезным и как должен вести себя такой больной, и посвящен настоящий раздел.

В слизистой оболочке ротовой полости, как и во многих других областях человеческого организма (в носу, глотке, гортани, органах груди, живота), имеются скопления особой ткани — лимфоидной, играющей значительную роль в защите человека от различных вредоносных агентов.

К таким агентам относятся разнообразные бактерии, вирусы, токсины (ядовитые вещества органического происхождения) и некоторые другие.

Наиболее выраженными скоплениями лимфоидной ткани во рту являются небные и язычная миндалины, а у некоторых и внутринебные миндалины. Указанные миндалины вместе с близлежащими скоплениями лимфоидной ткани в области свода носоглотки (носоглоточная миндалина), устьев евстахиев труб (трубные миндалины) и входа в гортань (гортанные миндалины) образуют единое защитное лимфаденоидное глоточное кольцо Вальдеера, которое является частью общей лимфатической системы человека.

Воспаление любой из названных миндалин получило название тонзиллита. В зависимости от длительности заболевания тонзиллиты подразделяют на острые (или ангины) и хронические. Первые при своевременно проведенном лечении продолжаются обычно не более недели, а вторые могут продолжаться годами. Те и другие нередко приводят к различным, иногда весьма тяжелым осложнениям. Наиболее часто воспаляются небные миндалины, так как здесь находятся самые крупные скопления лимфоидной ткани.

Тонзиллит встречается не так уж редко. Среди забо-

леваний верхних дыхательных путей он занимает второе место после респираторной формы гриппа и острого катара верхних дыхательных путей. Эта болезнь чаще наблюдается у детей, особенно дошкольного возраста.

Вызывается тонзиллит различными болезнетворными микроорганизмами, вирусами, а также дрожжеподобными грибками. Возбудители проникают в организм воздушно-капельным путем, например во время разговора больного с рядом находящимся здоровым человеком, а иногда с пищей. Такой путь инфицирования называется внешним.

У других заражение может происходить в результате перемещения бактерий или вирусов по кровеносным или лимфатическим сосудам в здоровые миндалины из других, особенно близко расположенных очагов инфекции, например из больных зубов. В таких случаях путь заражения называется внутренним.

Способствуют возникновению тонзиллитов факторы, приводящие к ослаблению организма и снижению его сопротивляемости к инфекции. К ним относят, например, переохлаждение, переутомление, нерациональное питание, неблагоприятные условия труда и быта, перенесенные недавно другие заболевания.

Острые тонзиллиты (ангины) могут быть первичными и вторичными. Первичные острые тонзиллиты характеризуются появлением сначала выраженных патологических изменений в больных миндалинах, а затем развивается общая реакция организма. С учетом патологоанатомической картины и локализации процесса различают следующие формы ангин: катаральная, фолликулярная, лакунарная, язвенно-пленчатая. Учитывая же флору, вызвавшую заболевание, различают ангины: пневмококковую, вызванную бациллой Фридлендера, грибковые, вирусные и некоторые другие.

Вторичные острые тонзиллиты развиваются, как одно из проявлений какого-либо общего тяжелого, чаще всего инфекционного или гематологического заболевания. Из инфекционных заболеваний чаще других поражают лимфоидный аппарат скарлатина, дифтерия, брюшной тиф, туляремия.

Катаральная ангина (острый катаральный тонзиллит) —

наиболее легкая форма ангин. При ней пораженные миндалины краснеют и несколько увеличиваются в объеме. Покраснение может распространяться и за пределы миндалин, например, на небные дужки. На поверхности мягких тканей миндалин иногда образуется слизисто-гнойный экссудат.

Заболевшие ощущают першение в горле, боль при глотании, общее недомогание, головную боль. Иногда повышается температура тела которая редко превышает 38°. Могут увеличиваться и становиться болезненными подчелюстные и шейные лимфатические узлы. У детей это заболевание, как правило, протекает тяжелее. При рациональном лечении длительность болезни три — шесть дней. Более длительное течение обычно свидетельствует о развитии осложнений или о переходе ангины в тяжелую форму.

Фолликулярная ангина (острый фолликулярный тонзиллит) — более тяжелая форма ангины. При ней болезнетворный процесс почти всегда поражает небные миндалины, причем с обеих сторон. Эти миндалины краснеют и набухают, на наиболее выпуклых их участках появляются множественные желтовато-белые точки величиной с булавочную головку. Подобные точки представляют собой нагноившиеся фолликулы, напоминающие звездное небо. На второй-третий день заболевания фолликулы, представляющие собой мелкие гнойные пробки, вскрываются, оставляя мелкие язвочки, которые в последующие несколько дней заживают.

При фолликулярной ангине сильнее выражены не только болевые ощущения в горле, особенно при глотании, но и общие явления интоксикации организма. Они проявляются неприятными, часто болевыми ощущениями в мышцах, суставах и пояснице, общей слабостью, головной болью, повышением температуры тела до 39—40°, выраженными патологическими изменениями в крови. Ближайшие лимфатические узлы обычно увеличены и болезненны.

Лакунарная ангина (острый лакунарный тонзиллит) по тяжести похожа на фолликулярную ангину, однако экссудат и гнойные налеты локализуются в щелях миндалин, называемых лакунами. Процесс, распространяясь

из глубины лакун к их устьям, вначале покрывает миндалины отдельными полосами, а затем постепенно распространяется на всю поверхность миндалин, образуя сливной налет светло-желтого цвета. Этот налет легко снимается без образования кровоточащей поверхности. Жалобы больного и общая реакция его организма на заболевание миндалин такие же, как при фолликулярной ангине. Своевременно начатое лечение в неосложненных случаях позволяет избавить человека от болезни через неделю.

Перечисленные выше три формы ангины чаще всего начинаются внезапно. Первыми симптомами заболевания являются: чувство першения и кажущееся ощущение наличия инородного тела в горле. Все это быстро переходит в боль при глотании. Повышение температуры тела сопровождается ознобом и достигает 39—40°, иногда в первый день заболевания.

Как правило, поражаются обе миндалины. При этом формы их воспаления могут быть разными, например: с одной стороны — фолликулярная ангина, с другой — катаральная. Реже у человека заболевает одна миндалина. У больных нередко изменяется голос, речь становится гнусавой, невнятной. Часто увеличиваются и становятся болезненными шейные и подчелюстные лимфатические узлы.

С первого дня болезни у большинства больных развиваются явления интоксикации, проявляющиеся общей слабостью, головокружением, головной болью, ломящими болями в различных суставах и мышцах. В крови определяется увеличение числа лейкоцитов, нарастание скорости оседания эритроцитов и другие изменения.

В наиболее тяжелых случаях может наступить затемнение сознания и даже бред. Выраженность указанных симптомов болезни у разных больных колеблется в значительных пределах. У детей раннего возраста, стариков, а также при истощении организма местные и общие проявления ангины могут быть стертыми. В неосложненных случаях и при проведении рационального лечения заболевание продолжается недолго — четыре—шесть дней.

Четвертая форма ангины — **язвенно-пленчатый тон-**

зиллит, или ангина Симановского—Венсана, существенно отличается от описанных трех форм как по клиническому течению, так и по характеру осложнений. Возбудителями этого заболевания являются веретенообразная палочка и спирохета полости рта. Эти микроорганизмы нередко находятся в слизистой оболочке полости рта у здоровых людей и обычно не приводят к заболеванию.

Ангина возникает при снижении сопротивляемости организма к инфекции, причем ее развитию часто сопутствует язвенный стоматит, вызываемый этой же микрофлорой.

Для язвенно-пленчатой ангины свойственны: умеренная боль в горле при глотании, небольшое увеличение ближайших лимфоузлов, неприятный запах изо рта, характерный вид налетов на миндалинах. Налеты имеют желтовато-белый цвет и представляют собой участки омертвевшей слизистой оболочки. После отторжения налетов остается глубокая язва с четкими краями.

Общая реакция организма на заболевание выражена слабо. Температура тела нормальная или слегка повышена. Ангина обычно бывает односторонней и продолжается одну-две недели. Более тяжелая клиническая картина развивается при присоединении другой, главным образом кокковой, бактериальной флоры. В этих случаях заболевание может продолжаться месяцами.

Своеобразно протекают все виды ангины у детей грудного возраста. Наиболее частыми возбудителями этого заболевания у новорожденных и грудных детей являются стафилококки и грибки. Хотя ангина у них продолжается дольше, чем у взрослых (несколько недель), диагностика часто бывает затруднительной, а потому и запоздалой.

Трудности диагностики связаны не только с тем, что дети такого возраста не в состоянии рассказать о своих ощущениях, но и с тем, что клиническая картина заболевания менее четкая, чем у взрослых. У таких больных часто одновременно с лимфоидным аппаратом ротовой полости в воспалительный процесс вовлекается слизистая оболочка носа и глотки, а также лимфоидный аппарат глотки. Небные миндалины увеличиваются в объеме незначительно, краснеют слегка, а на их поверхности при

фолликулярной ангине выявляются очень мелкие налеты (менее булавочной головки). Типично увеличение объема и покраснение боковых валиков глотки.

У грудных детей при ангине часто развиваются хронические лимфадениты. При высокой температуре (39—41°) могут быть судороги, рвота, помрачнение сознания, а иногда и раздражение оболочек головного мозга, что проявляется напряжением затылочных мышц.

Характер возбудителя нередко заметно отражается на клиническом течении ангины, как у детей, так и у взрослых. Вследствие этого в последние десятилетия стали применяться такие термины, как пневмококковая ангина, грибковая, вирусная и другие. Несмотря на наличие некоторых клинических особенностей ангин, вызываемых различными возбудителями, окончательный диагноз у таких больных ставится после бактериологического исследования мазков, взятых из зева. Это позволяет раньше начать рациональное лечение и добиться более эффективных результатов.

Изолированное воспаление язычной миндалины — **ангина язычной миндалины** (острый тонзиллит язычной миндалины) встречается сравнительно редко. Чаще эта миндалина вовлекается в воспалительный процесс одновременно с другими миндалинами глоточного кольца Вальдеера. Ангина язычной миндалины в большинстве случаев протекает легко. Это связано с анатомическими особенностями данной области — поверхностный слой языка состоит из плотных тканей, препятствующих проникновению в глубь инфекции. Основной причиной возникновения ангины язычной миндалины является микротравма твердой пищей.

Это заболевание проявляется болью в области корня языка, усиливающейся при глотании, нарушением речи. Высовывание языка и прикосновение к месту расположения миндалины резко болезненно. Температура тела чаще высокая, но у стариков и ослабленных больных может быть даже нормальной. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, иногда болезненны при пальпации.

При осмотре язычной миндалины с помощью гортан-

ного зеркала выявляется ее набухание, покраснение, а иногда и наличие точечных налетов. В дальнейшем в некоторых случаях здесь развивается абсцесс, при котором происходит гнойное расплавление миндалины. Это может приводить к отеку клетчатки, окружающей гортань, и к затруднению дыхания. Еще реже ангина язычной миндалины осложняется распространением гнойного процесса на язык (глоссит) и дно полости рта.

Прогноз при описанных выше формах ангин в большинстве случаев благоприятный. В неосложненных случаях и при выполнении больными всех врачебных назначений в среднем через пять—восемь суток они заканчиваются выздоровлением. Правда, после этого у больного иногда еще в течение нескольких дней сохраняются общее недомогание и снижение трудоспособности.

Профилактика ангин включает мероприятия по защите организма от проникновения в него специфических возбудителей заболевания и направленные на повышение сопротивляемости организма к инфекции. В этом отношении многое зависит от соблюдения правил личной гигиены.

Большая роль принадлежит также борьбе с микроорганизмами — тщательной термической обработке продуктов, мытью фруктов перед употреблением в пищу, регулярному проветриванию и инсоляции помещений дома и на работе.

А при возникновении очагов инфекции важно своевременно ликвидировать их средствами санэпидстанции, изолировать инфекционных больных.

Повышению сопротивляемости организма к инфекции способствуют: строгое соблюдение правил режима дня, своевременный прием пищи и рациональное питание с включением в рацион достаточного количества богатых витаминами блюд, проведение мероприятий по закаливанию организма, регулярные прогулки, занятия спортом.

Для профилактики ангин имеет также большое значение своевременное устранение возникающей патологии в полости рта и носа: удаление полипов из носа, аденоидов из носоглотки, гипертрофированных носовых раковин. Весьма важна своевременная санация полости

рта с удалением разрушенных и инфицированных корней зубов и лечением больных зубов. Необходимо также остерегаться механических повреждений лимфаденоидного аппарата и прилегающих к нему тканей.

Лечение ангин должно начинаться своевременно и проводиться под контролем врача. Это важно потому, что только врач может установить правильный диагноз и назначить рациональное лечение. При поздно начатом или неправильном лечении резко возрастает угроза развития тяжелых осложнений. Кроме того, надо иметь в виду, что за ангину может быть ошибочно принято другое заболевание, при котором развиваются сходные симптомы с ней (скарлатина, грипп, дифтерия, коклюш, некоторые заболевания крови).

Заболевший ангиной нуждается в обязательном постельном режиме и изоляции от окружающих людей. Это необходимо для того, чтобы не инфицировать остальных членов семьи. Обязательно выделение для больного отдельной посуды. Пища должна быть разнообразной, содержать все необходимые питательные компоненты и достаточное количество витаминов. Особое внимание обращать следует на включение в рацион повышенного количества аскорбиновой кислоты, витаминов В-комплекса и К. В этом особенно нуждаются дети и больные, страдающие грибковыми ангинами и ангиной Симановского—Венсана.

Блюда больному необходимо давать в хорошо размельченном виде. Так, мясо пропускают через мясорубку и готовят из него котлеты (желательно паровые) или суфле. Другие блюда должны быть жидкими или в виде пюре. Рекомендуются протертые супы и каши, картофельное пюре, печеные яблоки, кисели. Вся пища должна употребляться в теплом виде. Помещение, в котором находится больной, следует тщательно проветривать, избегая при этом сквозняков.

В первые несколько дней заболевания на шею больному накладывают согревающий компресс, а после стихания острых явлений — сухую теплую повязку. Несколько раз в день, в том числе после каждого приема пищи, необходимо прополаскивать горло и полость рта слабым антисептическим раствором (например, фурацилино-

вой жидкостью). Внутрь дают антибиотики или сульфаниламидные препараты, анальгетики, жаропонижающие, при необходимости противогрибковые препараты. Вид лекарств, их дозу и продолжительность применения для каждого конкретного больного назначает лечащий врач.

В ряде случаев медикаменты приходится вводить внутримышечно или подкожно. При необходимости постоянного врачебного наблюдения и для проведения более сложного лечения больных помещают в стационар.

Осложнения ангины (острого тонзиллита). Большинство заболевших ангиной выздоравливает, причем за сравнительно короткий срок. Тем не менее для каждого больного всегда существует опасность возникновения различных осложнений. Последние могут появляться как в течение воспалительного процесса в миндалинах, так и после кажущегося выздоровления.

Коварность этого заболевания усиливается тем, что какой-либо закономерности между тяжестью ангины и частотой возникновения осложнений не существует. Известны случаи, когда легко протекающая ангина небных миндалин за сравнительно короткий срок приводила к развитию тонзиллогенного сепсиса и гибели больных.

Основными возбудителями инфекционных осложнений ангины являются стрептококк, стафилококк и пневмококк. При вирусных ангинах вирус снижает защитные силы организма и делает его более уязвимым к воздействию указанной выше бактериальной флоры. Поэтому при вирусных ангинах также нередко развиваются разнообразные инфекционные осложнения.

Из воспаленных небных миндалин инфекция может проникать в другие, не только ближайшие, но и отдаленные органы.

Основными путями распространения инфекции в ближайщие органы являются лимфатические сосуды и жировая клетчатка, окружающая внутренние органы, сосуды и нервы. Из околоминдаликовой клетчатки инфекция нередко проникает в заглоточное пространство, что может приводить (чаще у детей до пяти лет) к развитию заглоточного абсцесса. Это осложнение ангины является довольно распространенным, сопровождается сильной

болью в горле, особенно при открывании рта, и требует немедленного вскрытия сформировавшегося гнойника. В случае задержки с операцией абсцесс может самостоятельно вскрыться в полость глотки или распространиться по клетчатке, окружающей пищевод, в заднее средостение. При этом развивается крайне тяжелое и опасное для жизни осложнение — задний медиастинит, локализующийся в грудной полости позади трахеи и бронхов.

Другими наиболее типичными осложнениями этой группы являются: воспаление гортани, клетчатки шеи, ближайших лимфоузлов, среднего уха, околоушной слюнной железы.

В отдаленные органы из больных миндалин инфекция проникает по кровеносным или лимфатическим сосудам. Наиболее уязвимыми органами при этом являются: сердце с его оболочками, почки и суставы. Реже поражаются оболочки мозга, щитовидная железа и некоторые другие органы. При этом у больных могут развиваться такие серьезные осложнения, как миокардит, эндокардит, перикардит, пиелонефрит, полиартрит, менингит и др.

Хронический тонзиллит — длительно текущее (месяцами или годами) заболевание инфекционно-аллергического характера, поражающее миндалины лимфаденоидного кольца Вальдеера, чаще обе небные миндалины. Заболевание опасно своими осложнениями.

Развивается хронический тонзиллит либо в результате острого тонзиллита, либо как исход перенесенного инфекционного заболевания (скарлатина, дифтерия и др.), либо вследствие постоянного проникновения патогенной микрофлоры в миндалины из близрасположенных очагов инфекции, например из воспаленных придаточных пазух носа или больных зубов.

В зависимости от возбудителей воспалительного процесса хронические тонзиллиты разделяют на две группы — неспецифические и специфические. К последним относят поражение миндалин при сифилисе, туберкулезе и склероме (хроническое инфекционное заболевание, поражающее слизистую оболочку верхних дыхательных путей, вызывается бактериями Фишера—Волко-

вича). В зависимости же от степени влияния инфекционного процесса в миндалинах на весь организм и другие органы неспецифические хронические тонзиллиты подразделяют на две формы — компенсированную и декомпенсированную.

Первая форма — компенсированный хронический тонзиллит встречается, как правило, у людей с высокими защитными силами организма. Вследствие этого в течение более или менее длительного периода они считают себя практически здоровыми.

При компенсированном хроническом тонзиллите выявляются лишь местные признаки болезни, к которым, согласно перечню, принятому на VII Всесоюзном съезде отоларингологов, относятся: 1) покраснение и валикообразное утолщение краев небных дужек; 2) рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками; 3) разрыхление или рубцовое изменение и уплотнение миндалин; 4) наличие казеозно-гнойных пробок или жидкого гноя в лакунах миндалин; 5) регионарный лимфаденит — увеличение подчелюстных и зачелюстных лимфатических узлов.

Для постановки диагноза хронического тонзиллита достаточно наличия двух из перечисленных местных признаков заболевания.

При второй (декомпенсированной) форме имеют место не только местные признаки заболевания миндалин, но и проявления декомпенсации в виде повторных обострений тонзиллита, развития воспалительного процесса вокруг миндалин вплоть до его наиболее тяжелой, абсцедирующей формы, а также заболеваний различных органов и систем. Для этой формы характерно состояние длительно существующей интоксикации с развитием явлений аллергии (измененной чувствительности организма по отношению к тому или иному веществу).

Субъективно больные ощущают общее недомогание, ломящие боли в суставах и мышцах, непереносимость некоторых лекарств и пищевых продуктов. У них отмечается стойкое умеренное повышение температуры тела (субфебрилитет), развитие в крови изменений, свойственных хронической инфекции.

Хронический тонзиллит периодически обостряется. В области миндалин во время таких обострений появляется ощущение инородного тела и боль, которая усиливается при глотании и нередко отдает в уши. В случаях значительного увеличения размеров миндалин возникает затруднение глотания и дыхания. Иногда имеет место неприятный запах изо рта и самостоятельное отхождение из лакун миндалин гнойно-творожистых крошковидных масс (пробок).

При осмотре полости рта и глотки врачи выявляют у таких больных объективные признаки заболевания, основными из которых являются покраснение, а нередко и увеличение размеров воспаленных миндалин. Зона покраснения может распространяться на переднюю небную дужку. Миндалины часто рубцово изменены, а под их слизистой оболочкой выявляются точечные или в виде полосок налеты желто-белого цвета.

В других случаях поверхность миндалин чистая, но при надавливании на их основание специальным инструментом из лакун больной миндалины выдавливаются творожисто-гнойные массы. Иногда их удается обнаружить и при промывании лакун растворами антибиотиков. Эти манипуляции могут производиться только врачом.

У отдельных больных врачи обнаруживают на миндалинах бугристую поверхность, которая имеет кисты или усеяна мелкими красными узелками — грануляциями. Подчелюстные, зачелюстные и шейные лимфатические узлы, как правило, увеличены, уплотнены и болезненны.

Хронический тонзиллит может протекать и с весьма скудной, стертой местной клинической картиной, но с наличием сопряженных заболеваний внутренних органов. Такие больные, как правило, в прошлом многократно переносили ангину.

Развитию осложнений при хроническом тонзиллите способствует постепенно формирующееся в организме состояние повышенной чувствительности к воздействию бактерий, вирусов и их токсинов (состояние сенсибилизации).

Так же как и при остром, **при хроническом тонзиллите развиваются осложнения.** Последние возникают в од-

них случаях в соседних анатомических образованиях вследствие непосредственного контакта больных тканей со здоровыми; в других — в органах, расположенных вдали от пораженного лимфаденоидного аппарата. В отдаленные органы инфекция проникает по кровеносным, реже по лимфатическим сосудам.

К первой группе осложнений относятся главным образом хронический паратонзиллит, переходящий иногда в флегмонозную ангину, заглоточный абсцесс и воспаление ближайших лимфоузлов, что сопровождается явлениями интоксикации и стойким повышением температуры тела.

Наиболее частыми осложнениями второй группы являются: ревматизм, инфекционный неспецифический полиартрит, септический эндокардит, пиелонефрит, то есть те же осложнения, которые могут возникать и в результате перенесенного острого тонзиллита. Более редкими осложнениями второй группы являются радикулит, аппендицит, тиреотоксикоз, холецистит и некоторые другие.

Профилактика хронического тонзиллита заключается в мерах, направленных на недопущение: 1) собственно хронического тонзиллита; 2) его обострений; 3) развития осложнений.

В указанных целях проводят мероприятия по укреплению здоровья человека в целом и поднятию его защитных сил. Для этого необходимо соблюдать те же правила, которые касаются профилактики острых тонзиллитов. При наличии аллергических реакций больной должен обратиться к врачу-аллергологу, который выявляет вещества, вызывающие эти реакции (аллергены), дает рекомендации по их устранению и проводит лечение десенсибилизирующими медикаментозными средствами. Те, у кого затруднено носовое дыхание, должны обязательно побывать у лор-врача и аккуратно выполнять все его предписания. Особо большое значение для профилактики хронического тонзиллита и его обострений имеет устранение в организме очагов хронической инфекции.

С целью **профилактики осложнений хронического тонзиллита** проводят возможно раннее, индивидуально

подобранное консервативное или оперативное лечение воспалительного процесса в миндалинах. После ликвидации обострения необходимо еще в течение одной-двух недель соблюдать щадящий режим, остерегаясь переохлаждения, переутомления, нарушений питания, словом, всего того, что снижает сопротивляемость организма к инфекции.

Больные, страдающие хроническим тонзиллитом, должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением врачей-специалистов и строго выполнять все их лечебные рекомендации.

Лечение хронического тонзиллита. Так же как и острые, хронические тонзиллиты должны лечить только врачи-оториноларингологи. В зависимости от формы этого заболевания, возраста больного, состояния его внутренних органов, а также общей реактивности организма избирается тот или иной наиболее рациональный консервативный или хирургический метод лечения.

При компенсированном хроническом тонзиллите показано консервативное лечение. Чтобы компенсированный тонзиллит не перешел в декомпенсированный, применяют различные антибактериальные, противогрибковые, витаминные, антигистаминные, общеукрепляющие и другие лекарственные средства. Кроме того, на больные миндалины воздействуют местно: применяют разнообразные физиотерапевтические средства (например, УВЧ и ультрафиолетовое облучение), промывания лакун миндалин антибактериальными растворами, ультразвуковое и местнозамораживающее воздействие.

В некоторых случаях врачи прибегают к диатермокоагуляции — прижиганию пораженных тканей током высокой частоты или гальванокаустике — прижиганию тканей с помощью накаливаемых электрическим током особых металлических наконечников, называемых гальванокаутерами.

У детей резко увеличенные миндалины (в компенсированной стадии заболевания) иногда подвергают частичному оперативному удалению.

В декомпенсированной стадии заболевания, особенно с наличием сопряженных заболеваний внутренних органов (при отсутствии противопоказаний к операции) обыч-

но производят полное удаление миндалин (тонзиллэктомию). Эту операцию можно осуществлять в возрасте от одного года до 70 лет, обязательно в стационаре, соответственно предварительно подготовив больного. После операции в течение 12—14 дней необходимо соблюдать щадящую диету и полупостельный режим.

Осложнения одонтогенной инфекции

Одонтогенной стоматологи называют инфекцию, локализующуюся в зубах или вокруг них. В настоящее время общепризнанно, что хронический воспалительный очаг в зубе или в окружающих его тканях влияет на общее состояние организма и может быть причиной развития аллергических состояний и более тяжелых общих реакций организма на инфекцию в виде гнойно-резорбивной лихорадки и даже сепсиса.

Этому патологическому процессу способствуют нарушения анатомической структуры, функций и иммунобиологических свойств органов полости рта и зубочелюстной системы. Наличие патологических десневых карманов, кариозных полостей в зубе и постоянной влаги во рту создает условия для гниения и брожения остатков пищи, а при постоянной температуре во рту создаются термостатные условия для развития бактерий, грибков и накопления в организме токсинов.

Проблема хронической очаговой одонтогенной инфекции рассматривается главным образом как проблема иммунологическая. Хроническая очаговая инфекция влияет на органы и системы и создает условия для развития аллергических состояний, причиной которых являются аутогены.

Последние из зубных или околозубных очагов действуют через вегетативную нервную систему на обмен веществ в организме.

Одонтогенный воспалительный очаг влияет на реактивность вегетативной нервной системы и может вызывать изменения со стороны тканей внутренних органов. При этом наблюдаются сдвиги биохимического состава крови. Появляется С-реактивный белок, в сыворотке

крови нарушается равновесие между альбуминами и глобулинами.

При тяжелых воспалительных заболеваниях изменяется гуморальный иммунитет.

Согласно теории клеточного иммунитета И. И. Мечникова воспалительный процесс является биологической реакцией лимфоцитов, участвующих в ответе организма на чужеродный агент.

Гуморальные теории иммунитета основаны преимущественно на изучении антител, вырабатываемых клетками. Доказано, что белки бактерий также способны быть аллергенами. Однако многие ученые не исключают, что роль аллергенов могут играть метаболиты (продукты обмена веществ), которые связаны тканевыми белками.

Современными биохимическими исследованиями установлено, например, что гранулема корня зуба даже в случаях, когда посев ее частички на питательной среде не дал роста микробов, все же является хроническим очагом (аутоаллергеном), так как содержит в себе мукополисахариды и коллагеновый протеин. В крови больных с обострением гранулирующего периодонтита при исследовании обнаружены глюкопротеиды, нарушающие равновесие компонентов плазмы крови, что также подтверждает аллергическую природу болезни.

У некоторых больных встречаются экзогенные аллергены: применяемые при протезировании зубов металлы и другие материалы. Дело в том, что при контакте указанных материалов с тканевыми белками образуются комплексы, обладающие антигенными свойствами.

Состояние аллергии любой природы утяжеляет течение инфекционного процесса в организме. Инфекционный же процесс, особенно хронический, к которому не в последнюю очередь относится одонтогенная инфекция, неизбежно приводит к возникновению аллергического состояния.

Таким образом, между инфекцией и аллергией существует двусторонняя связь. Учеными выявлено большое количество так называемых инфекционно-аллергических заболеваний. В возникновении многих из них основной причиной является одонтогенная инфекция.

По данным ученых, в настоящее время свыше 60 заболеваний связаны с очаговой одонтогенной инфекцией. Среди них на первом месте стоит ревматизм. Далее следуют заболевания желудочно-кишечного тракта и печени, почек, глаз. Сюда же относятся экзема, невриты, невралгии, болезни крови.

У больных с очагами инфекции полости рта в условиях клиники выявлялись инфекционно-аллергический очаговый миокардит, ревматический полиартрит, геморрагический васкулит, атеросклероз венечных артерий сердца с наклонностью к их спазмам, нейтрофильный лейкоцитоз, неврит лицевого нерва, лимфаденит подчелюстных узлов, лимфогранулематоз, астеническое состояние, а также ряд глазных, кожных и других заболеваний.

Хроническая одонтогенная инфекция может развиваться в разных тканях зубов. Наиболее частой ее локализацией является пародонт.

Для постановки диагноза хронической одонтогенной инфекции врачи-стоматологи проводят комплексное клинико-лабораторное и рентгенологическое обследование больных. Наиболее полную и четкую рентгенологическую картину очагов инфекции зубо-челюстной системы удается получить при производстве прицельных рентгеновских снимков и панорамных рентгенограмм, выполненных на специальном аппарате. Проводятся также исследования сыворотки крови на белковый спектр, анализ крови для определения количества различных ферментных элементов и скорости оседания эритроцитов.

Лечат страдающих ротовой инфекцией в стационаре и строго индивидуально. Кроме антибактериального и необходимого в показанных случаях хирургического лечения, больным назначают общеукрепляющие средства. Стоматолог проводит тщательную санацию полости рта. Он снимает зубные отложения, ликвидирует явления стоматита, производит пломбировку зубов индифферентными материалами. При наличии пародонтоза осуществляет комплексное лечение последнего. Особенно эффективно применение повязок, содержащих витамины, гормоны, ферменты и другие биологически активные вещества для воздействия на пародонт.

Все обнаруженные очаги одонтогенной инфекции радикально ликвидируют. При этом обязательному удалению подлежат зубы: 1) подвижные (с целью устранения десневых карманов и гноя); 2) с гранулемами; 3) с запломбированными на всем протяжении корневыми каналами при наличии воспалительного очага вокруг корня (на рентгенограмме в таком случае обнаруживают разрежение кости).

Перед тем как приступить к удалению пораженных зубов, больным проводят кожные пробы для определения чувствительности данного организма к антибиотикам. Соответствующие антибиотики, как правило широкого спектра действия, начинают вводить за сутки до экстракций зуба и в течение трех и более суток после этого. Зубы удаляются с промежутками в пять — семь дней, конечно, при удовлетворительном состоянии больного.

Сразу после удаления зуба из лунки, являющейся очагом одонтогенной инфекции, стоматолог ложечкой выскабливает патологическое содержимое и производит посевы на специальные среды для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. У наших больных в 60% посевов была обнаружена смешанная флора с преобладанием стрептококка, в 20% выявлен гемолитический стафилококк.

При непереносимости или нечувствительности выявленной флоры к имеющимся антибиотикам хирургическая ликвидация инфекционных очагов осуществляется под антибактериальной защитой с применением других медикаментозных средств — сульфаниламидов, препаратов йода, уротропина, урасола и др. Кроме того, применяют десенсибилизирующие и противогистаминные препараты, а в отдельных, наиболее тяжелых случаях приходится прибегать к кортикостероидам. После хирургического устранения очага инфекции у некоторых больных еще в течение нескольких дней могут сохраняться признаки местной и общей реакции на воспалительный процесс.

Тяжесть возможных осложнений одонтогенной инфекции иллюстрирует следующая выписка из истории болезни нашего больного.

Больной Б., 27 лет, находился на лечении в стомато-

логическом стационаре с 19 октября 1982 г. по 14 января 1983 г. по поводу одонтогенного сепсиса, экссудативного перикардита, двустороннего плеврита, асцита, множественного осложненного кариеса зубов, непереносимости ко многим лекарствам.

Из анамнеза больного установлено, что 12 октября 1982 г. после значительного переохлаждения у него появились боли в зеве при глотании, температура тела повысилась до 40°. Стационирован в стоматологическое отделение в тяжелом состоянии.

При поступлении в стационар больной Б. был тщательно обследован. Границы сердца у него оказались расширенными влево и вправо, в плевральных полостях выявлена свободная жидкость. При посеве крови получен рост стафилококка. Обнаружен множественный кариес зубов с наличием околокорневых гранулем. Формула крови изменена. СОЭ — до 65—81, лейкоцитов — до 17 300.

5 ноября 1982 г. у больного под наркозом было удалено три зуба справа и четыре слева. При посевах содержимого гранулем получен рост стрептококка. В связи с этим наряду с хирургическим устранением очагов одонтогенной инфекции Б. проводилось интенсивное противомикробное лечение антибиотиками широкого спектра действия — линкомицином. С целью борьбы с воспалительным процессом в организме больного, он получал небольшие дозы гормона — преднизолона. Одновременно терапевтами осуществлялось воздействие на осложнения одонтогенной инфекции — экссудативный перикардит, двусторонний плеврит и асцит.

В результате указанного лечения у больного были ликвидированы очаги одонтогенной инфекции, а также почти полностью устранены осложнения; у него нормализовалась температура тела. Явления интоксикации по клиническим и лабораторным показателям быстро пошли на убыль. СОЭ снизилась с 81 до 45. К норме пришли количество и состав лейкоцитов. В последующем практически исчезла общая слабость, улучшился аппетит, вес тела увеличился с 63 до 68 килограммов. Больной Б. был выписан в удовлетворительном состоянии для дальнейшего диспансерного наблюдения.

В конце раздела хотелось бы обратить внимание читателя на то обстоятельство, что при лечении одонтогенной инфекции, даже в условиях клинического стационара, в организме больного после исчезновения видимых симптомов болезни остается как бы «след» воспалительного процесса. Чтобы этот «след» не дал новую вспышку инфекции, выздоровевшему больному необходимо периодически показываться врачу-стоматологу, дабы при его помощи избежать осложнений.

Заключение

Через ротовую полость осуществляется одна из самых непосредственных связей человеческого организма с внешней средой. В связи с этим данная анатомическая область располагает рядом защитных приспособлений, снижающих отрицательное воздействие на здоровье человека попадающих сюда патогенных микроорганизмов, вирусов, токсинов и различных химических, физических и механических раздражителей.

Как об этом подробно сообщено в соответствующих разделах брошюры, к таким защитным приспособлениям относятся: слюнные железы, вырабатывающие слюну, слизистая оболочка полости рта, лимфоидный аппарат, обильная сеть имеющихся здесь кровеносных и лимфатических сосудов, лимфатические узлы и микрофлора рта здоровых людей. Указанные защитные механизмы полости рта осуществляют активную борьбу с попадающей в рот инфекцией и обеспечивают более быстрое заживление различных повреждений расположенных здесь органов.

Однако возможности этих механизмов не безграничны. Вследствие несоблюдения значительной частью населения широко рекламируемых и перечисленных в данной брошюре мер профилактики заболеваний органов полости рта, последние имеют очень высокий процент. Поэтому наряду с индивидуальной профилактикой заболеваний органов полости рта, особенно зубов и лимфоидного аппарата, все большее значение приобретают мас-

совые диспансерные осмотры населения стоматологами и отоларингологами с целью выявления начальных форм заболеваний органов полости рта.

Однако следует учитывать, что активная научно-исследовательская работа институтов и постепенное внедрение в практику массовых профилактических осмотров населения врачами-специалистами, окажутся недостаточно эффективными, если каждый человек для сохранения своего здоровья не будет тщательно выполнять рекомендации врачей, в том числе и приведенные в данной брошюре. При появлении первых признаков болезни необходимо не откладывая обращаться за лечебно-профилактической помощью к соответствующему специалисту.

Успехи стоматологии

В Институте стоматологии (ЦНИИС), руководимом академиком А. И. Рыбаковым, проводится большая научно-исследовательская работа по изысканию новых форм оказания лечебно-профилактической стоматологической помощи населению. Основной идеей этой работы является положение, что «только первичная профилактика, а не лечение по обращаемости может решить проблему стоматологической заболеваемости» (А. И. Рыбаков).

Такая исследовательская работа проведена в пяти городах Советского Союза, включая Москву. Анализ полученных результатов, осуществленный в ЦНИИС, показал высокую эффективность профилактического направления деятельности врачей-стоматологов. Возможность более широкого распространения этого опыта обеспечивается постоянным увеличением в нашей стране количества стоматологических поликлиник. Их число в текущей пятилетке возрастет до 2000, что обеспечит увеличение количества принимаемых пациентов почти на 60%.

Большое значение имеет также повышение качества осуществляемой помощи стоматологическим больным. С этой целью в научно-исследовательских стоматологических институтах, на кафедрах стоматологии медицинских институтов усовершенствования врачей и в некоторых других научно-исследовательских учреждениях постоянно проводится большая научная работа по изысканию новых методов профилактики и лечения заболеваний органов полости рта, а также разработке новых аппаратов, приборов, инструментов и их комплектов, пломбировочных материалов и т. д. Все эти достижения в соответствии с планами внедряются в практику лечебных учреждений, а технология на новые технические предложения и химикаты передается для производства в соответствующие промышленные организации.

В последнее время ЦНИИС разработал методику лазерной терапии стоматологических заболеваний, новые

методы функциональной диагностики, предложены новые приборы для осуществления обезболивания перед хирургическим вмешательством. Для этой цели в лабораториях института разработаны аппарат для обезболивания слабым электрическим током и новая модификация безыгольного инъектора, позволяющего без прокола мягких тканей вводить в них анестезирующие растворы.

Украинский институт усовершенствования врачей предложил методы лечения различных стоматологических заболеваний местным замораживанием тканей (криогенная терапия). Одесский НИИ стоматологии разработал метод электрохирургического лечения пародонтоза.

По проблеме профилактики и лечения тонзиллитов Московский НИИ уха, горла и носа ввел в практику систему профилактических осмотров подростков, рабочих и служащих промышленных предприятий. В результате осуществления таких осмотров два раза в год непосредственно на предприятиях врачи рано выявляют больных с хроническим тонзиллитом и оказывают им своевременную надлежащую лечебную помощь. Благодаря этому удалось добиться снижения нетрудоспособности из-за тонзиллита на 35,8%.

Глубокие исследования тонзиллярной патологии проводятся в Ленинградском НИИ уха, горла, носа и речи. В этом институте изучается этиологическая роль микробного фактора, иммунологическая и физиологическая активность небных миндалин при хроническом тонзиллите. Получены новые данные об обменных и защитных процессах в небных миндалинах у детей. Учеными изучаются биохимические показатели крови у больных с компенсированным и декомпенсированным хроническим тонзиллитом. Все эти данные положены в основу разработанных институтом лечебно-профилактических рекомендаций при проведении диспансерного наблюдения за больными этого профиля.

В Киевском НИИ отоларингологии тонзиллярная проблема также серьезно изучается. Особое внимание там отводится исследованию физиологии небных миндалин в норме и патологии. Получены новые данные о защитной роли небных миндалин. Установлено, что они

вырабатывают один из наиболее активных противовирусных факторов — интерферон. Выявлено, что в миндалинах могут образовываться клетки иммунологической (защитной) памяти, что позволяет этому органу в определенных условиях бактериальной или вирусной «атаки» подготовиться к оптимальной защитной реакции.

Установлено также, что в воспаленных миндалинах эти защитные реакции резко изменяются. При остром воспалении они повышаются, а при хроническом — снижаются. В связи с полученными Киевским НИИ отоларингологии данными об особенностях защитной реакции небных миндалин учеными института разрабатываются новые методы консервативного лечения хронического тонзиллита. Особое внимание ими придается ультразвуковому воздействию на пораженные хроническим воспалением миндалины. Для этой цели уже изготовлены первые ультразвуковые приборы ЛОР-1 и ЛОР-3.

Учеными других НИИ также осуществляется дальнейшее углубленное изучение этиологии, патогенеза, патоморфологии и новых методов профилактики и лечения заболеваний органов столь важной для здоровья человека области, какой является ротовая полость.

Содержание

Павел Захарович АРЖАНЦЕВ
Петр Борисович АВИСОВ

К ЧЕМУ ПРИВОДЯТ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

Главный отраслевой редактор А. А. Нелюбов
Редактор Б. В. Самарин
Мл. редактор Л. Т. Щербакова
Художник В. И. Савела
Худож. редактор М. А. Гусева
Техн. редактор А. М. Красавина
Корректор А. И. Новиков

ИБ № 6601

Сдано в набор 05.01.84. Подписано к печати 04.01.84. А07601. Формат бумаги $70 \times 100^1/_{32}$. Бумага тип. № 3. Гарнитура журнально-рубленая. Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,90. Усл. кр.-отт. 8,12. Уч.-изд. л. 4,75. Тираж 929 700 экз. Заказ 48. Цена 15 коп. Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 846304.
Ордена Трудового Красного Знамени Калининский полиграфический комбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. г. Калинин, пр. Ленина, 5.





АРЖАНЦЕВ Павел Захарович — лауреат Государственной премии СССР, заслуженный врач РСФСР, доктор медицинских наук, заведует клиническим отделением, где проводится большая лечебная и научная работа по восстановлению здоровья больным с травмами, опухолями, дефектами и воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи. Автор и соавтор более 120 научных трудов, 42 рационализаторских предложений и 5 изобретений. Заместитель председателя проблемной комиссии по хирургической стоматологии АМН СССР, член совета научных обществ Министерства здравоохранения СССР. Награжден «Золотой медалью им. С. П. Королева».

АВИСОВ Петр Борисович — доцент, кандидат медицинских наук, старший преподаватель хирургии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей. Круг интересов автора весьма широк: оперативная хирургия с топографической анатомией, травматология, оториноларингология, челюстно-лицевая хирургия, анестезиология с реаниматологией. Автор и соавтор около 60 печатных работ, в том числе одного руководства и 9 учебных пособий. Постоянно занимается пропагандой медицинских знаний.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»